

*25-летию Республиканского
психотерапевтического центра
и психотерапевтической службы Чувашии*

*To the 25 years
of the Republican Centre for Psychotherapy
and Psychotherapy Service of Chuvashia*

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»
ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ,
ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ
РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Материалы международной научной конференции
Россия, Чебоксары, 15-16 ноября 2012 г.

Чебоксары
2012

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF THE RUSSIAN FEDERATION
Federal State Educational Budget Institution
of Higher Professional Education
«THE ULIANOV CHUVASH STATE UNIVERSITY»

CHUVASH ASSOCIATION OF PSYCHIATRISTS, NARCOLOGISTS,
PSYCHOTHERAPISTS, PSYCHOLOGISTS

REPUBLIC PSYCHIATRIC HOSPITAL

**CURRENT PROBLEMS
OF PSYCHOLOGY AND MEDICINE
IN CONTEXT OF EDUCATION
AND HEALTH SERVICE
MODERNIZATION**

Materials of the International Conference
15-16 November, 2012, Cheboksary, Russia

Cheboksary
2012

УДК 159.97

А43

Редакционная коллегия:

Е.Л. Николаев (отв. редактор), А.В. Голенков, А.Н. Захарова

*Печатается по решению Научно-технического совета
Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова*

А43 **Актуальные** проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения: материалы Международной научной конференции / под ред. Е.Л. Николаева. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 216 с.

ISBN 978-5-7677-1636-4

Опубликованы материалы международной научной конференции, обобщающей опыт решения проблем современной психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения. Участники конференции – отечественные и зарубежные ученые и специалисты из Чувашии, Татарстана, Хакасии, Нижнего Новгорода, Самары, Ярославля, Саратова, Краснодара, Челябинска, Санкт-Петербурга и Москвы, а также Белоруссии, Украины, Киргизии, Австрии, Норвегии.

Для исследователей и специалистов в области психологии, образования и здравоохранения.

ISBN 978-5-7677-1636-4

УДК 159.97

© Издательство
Чувашского университета, 2012

UDC 159.97
A43

Editorial Board:

E.L. Nikolaev (executive ed.), A.V. Golenkov, A.N. Zakharova

*Published by the decision of the Scientific and Technical Council
of the Ulianov Chuvash State University*

A43 **Current** problems of psychology and medicine in context of education and health service modernization: Materials of the International Conference / ed. E.L. Nikolaev. Cheboksary: Chuvash University Publishers, 2012. 216 p.

ISBN 978-5-7677-1636-4

The materials of International Conference devoted to sharing experience in field of solving current problems of psychology and medicine in context of present-day education and healthcare service modernization are published. Researches and professionals from Russian regions of Chuvashia, Tatarstan, Khakassia, cities of Nizhni Novgorod, Samara, Yaroslavl, Saratov, Krasnodar, Cheliabinsk, Saint-Petersburg and Moscow, as well as from Belarus, Ukraine, Kyrgyzstan, Austria and Norway are the authors of the papers of the conference.

For researchers and professionals in psychology, education and public health.

ISBN 978-5-7677-1636-4

UDC 159.97

© Chuvash University
Publishers, 2012

АДАПТАЦИЯ, ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕКА

А.И. Евстигнеев

*Академия антропологических наук им. Св. Феодана (Говорова),
Львов, Украина*

Духовно-нравственный подход к здоровью и болезни человека состоит в осознании того, что профессиональная лечебная деятельность не может осуществляться без Божьей помощи и вне Бога, что медицинская практика осуществляется врачом в контексте спасительного служения Христа.

Болезнь как состояние человека, безусловно, имеет личностное измерение. Здоровье и болезнь – это характеристики не биологического уровня жизни. Болезнь поражает биологическое тело человека, но обусловлена личностью. На Земле после грехопадения Адама и Евы совершенного здоровья нет. Есть лишь разные степени болезни поврежденного человеческого естества.

Здоровье – это величайший дар Бога, и раскрывается он по мере обновления человека. Вечная жизнь – это не загробная жизнь, она начинается уже здесь и сейчас, это жизнь в Боге и с Богом. Здоровье и болезни не являются противоположенными состояниями человеческого тела, разделенными некоторой пропастью. Между историей человека на Земле и его участью в вечности существует неразрывная связь. Совершенство, т.е. здоровье обновленного человека, вырастает из его теперешних скорбей и болезней.

Болезнь является по своей сути не наказанием за грехи, а средством Божественного воспитания человека. Личность человека под воздействием Благодати очищает свой образ Божий, образует умные силы своего естества в подобие Божие и научается, приобретает навык выбора между добром и злом. Человеческое совершенство в этом выборе с медицинской точки зрения и есть здоровье, потому-то в целостном понимании здоровье – это не отсутствие болезней, а восстановление отношений человека с Богом.

Целостный, т.е. здоровый, человек – это человек, возрождающийся и живущий в Боге. Сохраняя чистоту образа Божьего, личность нау-

чается содержать естество в целомудрии. Личность человека усваивает благодать Божью и начинает осознавать, что сила Божья его воспитывает: посылает и упраздняет болезни. С позиции такого мировоззрения значение болезней воспитательное.

В патологическом, страстном состоянии личность человека увлекается какой-нибудь иллюзорной идеей «своего увековечивания». Принимая безнравственные Богопротивные решения, согрешает, т.е. борется со своим Творцом. Личность направляет силы своего естества не к Божественной Любви, а на поиски самовыражения, самоутверждения, самочинного бытия вне Бога, становится рабой страстей и подчиненного ей тела. Своевольное сознание, потеряв управление со стороны личности, «характеризует» человека посредством страстей. При таком разброде сил человеческого духа нарушается управлявший личностью перихоресис – гармоничное соподчинение сил и способностей человеческого тела. Это приводит к расстройству функций естества – триединого тела на духовном, душевном и биологическом уровнях.

Излагая понятия православного мировоззрения на здоровье и болезни человека, мы вынуждены повторить то, о чём было уже говорено. В греческом языке слово тело (*sôma*) имеет корень *so-* (цел-), а прилагательное *sôs* означает целый, неповрежденный, здоровый. В русском языке слово тело также раньше произносилось как цело и было родственно со словом целый. Триединое тело, лишённое личностного управляющего центра, распадается на борющиеся и взаимно пожирающие составные части: тело духовное (дух), тело душевное (душа) и тело биологическое (плоть). Дух начинает жить за счёт души, питаясь её сущностью (тем, что мы называем духовными ценностями). Душа, в свою очередь, начинает жить за счёт биологического тела, занимаясь удовлетворением плотских потребностей как своих собственных. Наконец, биологическое тело, лишённое Благодати как естественного питания, ищет себе пищу вовне, находит её в окружающей природе и пожирает. Разлагаясь вместе с бездушной материей, доводит себя до смерти.

Человек, не отдавая себе отчета, подчиняется страстям. Это есть самостное, эгоистическое состояние личности, в котором человек определяет себя посредством страстей, и которое мы именуем характером человека. Все науки изучают человека в патологическом состоянии. Человек же предстоит пред Творцом как лицо, ответственное за весь Космос, поэтому патологическое состояние человека накладывает печать болезни и на все Божье творение, которое теперь «стенает и мучается». Страдают и болеют все животные и вся видимая природа, планеты разбегаются, Космос распадается по вине человека.

Духовно-нравственное понимание выздоровления не сводится к ответу на вопрос «что лечим?». Субъектом излечения является весь человек, т.е. «кто». Лечение – это не только исправление поломок человеческого тела (плоти-души-духа), это обновление всего человека, начиная с его личности. Личностный взгляд на патологию позволяет правильно оценить момент целостности человека в его «исцелении». Исцеление – это возвращение человека к целостному личностному началу бытия, жизни с Богом и в Боге. Это овладение даром Божиим, здоровьем, по праву образа Божьего, личности. Когда «чувственно воспринимаемая Вселенная вся целиком является продолжением нашего естества», человек предстоит пред Богом личностным началом сотворённых миров.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ В ТРАНСФОРМИРУЮЩЕМСЯ ОБЩЕСТВЕ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ*

А.Н. Захарова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Современное российское общество характеризуется значительными социально-экономическими, социокультурными трансформационными изменениями, созданием качественно новых экономических условий жизнедеятельности. Происходящая модернизация российского общества потребовала от научного сообщества исследований, посвященных благополучию личности, предусматривающих системную оценку важнейших его составляющих, в том числе и социально-психологических. Однако данная проблематика, несмотря на её фундаментальное значение, изучена недостаточно. Противоречие, обусловленное необходимостью проведения государством эффективной политики и отсутствием соответствующих комплексных психологических данных для решения данных задач, указывает на особую актуальность и научную значимость выбранной темы исследования.

Научная проблематика психологического благополучия личности тесно связана с изучением качества жизни населения. Следует отметить, что в настоящее время качество жизни стало объектом исследования представителей различных отраслей научного знания: в психо-

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 11-16-21014а/В.

логии, экономике, медицине, политологии, педагогике, социологии, что и определяет достаточно разные исследовательские подходы к ее изучению. Среди наиболее актуальных подходов к исследованию качества жизни можно выделить объективный, субъективный и интегральный. Данные подходы нашли свое отражение в работах И.В. Бестужева-Лады, В.А. Ядова, Г.С. Батыгина, А.Л. Журавлева, Л.И. Лукьяновой, Н.И. Попова, Н.Н. Михайлова, Г.М. Зараковского, В.А. Хашенко, Г.М. Головиной и Т.Н. Савченко и др. Многие исследователи применяют для оценки одновременно как объективные, так и субъективные показатели (К. Терюн, С. Маккол, Ф. Конверс, А. Кэмпбелл, В. Роджерс, В.С. Янтарев, С.И. Попов).

Среди современных отечественных исследователей психологических факторов и аспектов качества жизни следует выделить А.В. Баранову, Г.М. Зараковского, В.И. Кулайкина, А.И. Субетто, В.В. Спасеникова, Н.П. Фетискина, В.А. Хашенко и др. В психологии для исследователей особый интерес представляет субъективный подход к изучению качества жизни, связанный с утверждением, что значение качества жизни отражено в субъективных ощущениях индивидов. Здесь особое внимание уделяется изучению общей удовлетворенности жизнью, ощущения счастья (И.А. Джидарьян), основных факторов и детерминант, которые определяют удовлетворенность жизнью человека в современных условиях; психология субъективного благополучия личности (Р.М. Шамионов).

Субъективный подход не ограничивается изучением только степени удовлетворенности человека, его сторонники утверждают, что качество жизни определяется и другими критериями, относящимися к социальной, духовной, культурной, психологической и нравственной сторонам жизни в целом. Они представляют себе качество жизни как совокупность преимущественно духовных потребностей, нравственных ценностей людей.

Некоторые аспекты данной проблематики рассматриваются в экономико-психологических исследованиях таких авторов, как О.С. Дейнека, А.Н. Демин, Д.А. Китова, А.Б. Купрейченко, А.Н. Лебедев, В.П. Поздняков, В.А. Хашенко, А.Е. Чирикова, О.В. Гордякова, Н.А. Журавлева, В.А. Поликарпов, Е.Б. Филинкова, Т.В. Фоломеева, Е.В. Шибанова и др.

Близким к данной тематике является исследовательский подход, изучающий психологическое состояние общества наравне с его политическими и экономическими характеристиками (А.В. Юревич, Д.В. Ушаков, И.П. Цапенко). Авторами рассматриваются методы количественной оценки макропсихологического состояния российского общества.

Среди исследований представляет научный интерес опыт изучения качества жизни и различных аспектов благополучия, накопленный в ИП РАН, ВНИИТЭ, ВЦИОМ, представленный в работах А.Л. Журавлева, В.А. Хащенко, Г.М. Зараковского, Ю.А. Левада, З.Ф. Дудченко, Н.Е. Водопьяновой, И.Г. Дубова, Н.Н. Толстых и др.

В зарубежной психологии личности исследования психологического благополучия активизировались во второй половине XX в., отмечены многообразием подходов к определению содержания данного понятия, теоретических моделей субъективного благополучия (N. Bradburn, 1969; E. Diener, 1984, 1995; C. Ryff, 1989, 1995, 1996; R. Ryan, E. Deci, 2000; A. Waterman, 1993). Проводились эмпирические его исследования, направленные в основном на изучение различных социокультурных, социально-экономических, социально-психологических, психологических факторов его детерминации (N. Bradburn, 1969; E. Diener, 1984, 1995; T. Kasser, & R.M. Ryan, 1993; C. Ryff, 1995).

Особое внимание в мировой науке уделяется изменениям, характерным для уровня психологического благополучия в связи с социальными условиями, урбанизацией, религиозностью, рядом других факторов (G. Craig, 2000; I. Stuart-Hamilton, 2002; C. Ryff, Keyes, 1995; C. Ryff, 1996; C. Ryff, B. Singer, 2000; C. Ryff et al., 2004; C. Frazier, L. Mintz, M. Mobley, 2005; P. Mi-quelon, R.J. Vallerand, 2008).

Значительный вклад в изучение благополучия внесли исследования позитивного психологического функционирования (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Олпорт, К.Г. Юнг, Э. Эриксон, М. Яхода), психологического здоровья (Б.С. Братусь, А.В. Воронина, Л.Э. Кузнецова), счастья (М. Аргайл, М. Селегман, И.А. Джидарьян, И. Бонивелл, А.Л. Кроник), психологического благополучия (Н. Брэтбурн, К. Рифф, Р. Райан, Е. Деси, С. Кейс и С. Лопез, М. Яхода, А.В. Воронина, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова, М.В. Бучацкая, Т.В. Фоломеевой), субъективного благополучия (Е. Динер, И. Бонивелл, М.В. Соколова, Л.В. Куликов, Р.М. Шамионов), психоэмоционального благополучия (А.И. Подольский, О.А. Карабанова, О.А. Идобаева), экономического благополучия (В.А. Хащенко, К. Муздыбаев) и др.

В настоящее время активно изучается связь психологического благополучия с различными особенностями личности (смысложизненными ориентациями, суверенностью психологического пространства, стратегиями жизни и т.д.) и ее социальными характеристиками; разрабатывается инструментарий для измерения психологического благополучия, происходит уточнение самого понятия; исследуется влияние различных объективных и субъективных факторов на психологическое благополучие личности (А.В. Баранова, А.В. Воронина, Т.О. Гордеева, А.Е. Созонтов, П.П. Фесенко, Н.П. Фетискин, Т.Д. Шевеленкова, О.С. Ширяева и др.).

Краткий анализ состояния исследований показывает, что при всем многообразии подходов к анализу социально-психологического благополучия личности в трансформирующемся обществе отсутствует сложившаяся теоретико-методологическая основа для его изучения, эффективной системы психологической диагностики, мониторинга, коррекции. В связи с этим возникает настоятельная необходимость обобщения и систематизации разрозненных знаний, являющихся базовыми для раскрытия содержательных характеристик данного понятия, в частности выделения его социально-психологических аспектов, теоретического и эмпирического изучения.

Особую значимость данная проблематика приобретает в условиях кардинальной модернизации общества, отягощенной системным мировым финансовым кризисом, происходящей кардинальной политической, социо-экономической и социокультурной трансформации современного российского общества.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОБРАЗЕ БЛАГОПОЛУЧНОГО ЧЕЛОВЕКА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ*

А.Н. Захарова, М.В. Тонких

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Проблема благополучия личности в обществе в настоящее время становится одним из приоритетных научных направлений исследований. Из исследований, посвященных данной проблематике, на наш взгляд, особую актуальность представляет изучение социальных представлений о благополучии. Социальные представления являются одним из видов отражения в сознании и поведении людей происходящих в обществе процессов, т.е. сложившиеся к настоящему моменту социальные представления россиян о благополучии отражают социально-экономическую и социально-психологическую действительность трансформирующегося российского общества.

В исследовании Т.В. Фоломеевой выявлялись значимость экономических ценностей в структуре социальных представлений о благополучии, а также особенности этих представлений в различных возрастных группах жителей г. Москвы (Фоломеева Т.В., 2005). Поскольку

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 11-16-21014а/В.

ку экономико-психологические представления населения могут отражать различия в уровне жизни, социально-экономическом развитии региона, этноменталитете, определенный исследовательский интерес представляет изучение региональной и социокультурной специфики данного явления.

Целью данного исследования являлось выявление сформировавшегося образа благополучного человека в социальных представлениях различных возрастных групп в условиях Чувашской Республики.

Организация исследования: исследование проводилось на базе Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова в 2012 г. В исследовании приняли участие респонденты двух возрастных групп: 18-24 года (первая группа) и 45-55 лет (вторая группа). В исследовании приняли участие 100 человек, из которых 50 человек в первой группе и 50 человек во второй. В первую группу входили студенты Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова I-III курсов, не имеющие детей, не состоящие в браке. Вторая группа была сформирована из жителей г. Чебоксары, работающих преимущественно в сфере образования и воспитания. Выбор различных возрастных групп обусловлен тем, что социальные представления подвержены изменениям, и в процессе становления личности человека в различные возрастные периоды происходят изменения субъективных представлений о благополучии человека.

Методы исследования: опросник «Описание благополучного человека» (автор – Т.В. Фоломеева). В данном опроснике у испытуемого сначала выделялись социальные представления о благополучии: респонденту предлагалось дать 7-10 ассоциаций на понятие «благополучие» в порядке убывания по важности, затем респондент должен был описать благополучного человека, которого он знает (но может быть не знаком с ним близко). Фиксировались следующие его характеристики: пол, возраст, внешний вид, семейное положение, близкие люди, место работы, род занятий, занимаемая должность, способ проведения досуга, отдыха, личностные качества, черты, отношение к себе, событие, которое способствовало благополучию, причина благополучия, несколько факторов, почему Вы считаете этого человека благополучным.

Результаты этой методики использовались для описания типичного образа благополучного человека в зависимости от возрастных групп. Рассмотрим основные характеристики.

Возраст. В описании возраста благополучной личности в основном назывались люди по возрасту старше, чем опрашиваемые. Так, респонденты 18-24-летнего возраста считают благополучными людей в возрасте 30-38 лет, а респонденты в возрасте 48-55 лет – старше 55 лет соответственно.

Пол. В первой группе больше половины (практически 2/3) респондентов ответили, что благополучный человек – мужчина, во второй группе – мужской пол также был самым предпочтительным. Возможно, это результат стереотипного образа женщины-домохозяйки, а мужчины – содержателя и организатора хозяйства.

Внешний вид. Данная характеристика благополучной личности очень устойчива: благополучный человек описывается примерно одинаково во всех группах. Он красивый, симпатичный, следящий за собой, опрятный, спортивный, деловой. Такие ответы, как «обыкновенный», «непримечательный», «обычный» не встречались. Таким образом, можно сделать вывод, что типичный образ благополучного человека характеризуется физической привлекательностью (видной, эффектной внешностью) и здоровым физическим состоянием (стройным, спортивным телосложением).

Семейное положение, близкие люди. Практически все респонденты описали семейное положение как полную семью нуклеарного типа. В первой группе редко встречались ответы в пользу большой семьи и совместного проживания с родственниками, а в старшей возрастной группе респондентов большинством было подчеркнуто, что родственники живут отдельно от благополучного человека. Первая группа чаще описывала, что в семье 1-2 ребенка, вторая – 2-3 ребенка. «Быть семейным человеком» – характеристика, важная для каждой возрастной группы.

Место работы, род занятий. Основная тенденция в ответах: благополучный человек – управленец, часты ответы – бизнесмен. Часто говорилось о руководящей должности без уточнения сферы деятельности. Первая группа делала выбор полностью из управленческих должностей, во второй же встречаются такие виды деятельности, как врач, глава сельского поселения.

Способ проведения отдыха, досуга. В данной характеристике для каждой возрастной группы доминирующим высказыванием было: активный отдых, туризм, отдых в деревне. Последнее достаточно характерно для нашего региона, так как респонденты, участвующие в опросе, в основном родом из деревень, входящих в состав Чувашской Республики.

Первая группа высказывала предположения, что благополучный человек отдыхает за границей. Во второй группе респондентами в качестве отдыха предлагались такие варианты, как шахматы, теннис.

Личные качества, черты. Доминирующая характеристика по ответам для обеих групп (практически 70%) – это доброта. Реже в первой группе предлагались такие варианты, как работоспособность, ответственность. Во второй группе помимо доброты встречаются следующие

характеристики: уверенность в себе, целеустремленность. Очень редко предлагались такие характеристики, как воспитанность, честность, ум, т.е. благополучный человек обязательно должен быть добрым, уверенным в себе, но, по мнению респондентов, ум и воспитанность – не главные качества благополучной личности.

Отношение к себе. По данной характеристике можно сказать, что обе группы респондентов ответили одинаково: отношение у благополучного человека к себе является хорошим, уважительным, он любит себя. Практически не встречается в этом разделе такой характеристики, как требовательность к себе, самокритичность.

Событие, которое способствовало благополучию. В качестве события, способствующего благополучию, респондентами исследования чаще всего назывались такие жизненные ситуации, как получение образования. Для второй группы – получение хорошего дополнительного образования, наследство, для первой (младшей по возрасту) – помощь родителей, рождение ребенка.

Причина благополучия. В данной характеристике четко просматривается для всех возрастных групп стремление стать благополучным, далее – удачный бизнес. Первая группа высказывала такую характеристику, как умение развиваться, что подтверждает статус данной группы как стремящейся к знаниям, находящейся в процессе обучения.

Три фактора, почему Вы считаете этого человека благополучным. Для первой группы характерными факторами стали: семья, обеспеченность, ум. Для второй группы респондентов – материальная независимость, семья, хорошая работа. Для первой группы редко встречались: работоспособность, здоровье, для второй – ум, благотворительность. Исходя из этих данных, можно предположить, что для обеих групп доминирующими факторами объяснения благополучия стали семья и деньги.

Таким образом, анализируя полученные в ходе исследования данные, можно сказать, что в условиях Чувашской Республики существуют достаточно сложившиеся социальные представления об образе благополучного человека, достаточно общие для двух исследуемых возрастных групп. Различия проявились лишь в некоторых характеристиках благополучного человека, связанных с возрастом.

Литература

Фоломеева Т.В. Экономические ценности в структуре социальных представлений о благополучии разных возрастных групп / Проблемы экономической психологии // отв. ред. А.Л. Журавлев, А.Б. Купрейченко. М.: Институт психологии РАН, 2005. Т. 2. С. 433-475.

СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Н.Ю. Кувшинова, Л.И. Мостовая

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

Проблема субъективного благополучия (subjective well-being) личности в последнее время все больше волнует представителей различных направлений. Свою актуальность приобрела она и в медицине: стали популярны исследования субъективного благополучия (СБ) пациентов с острыми и хроническими заболеваниями.

Сама болезнь не может выступать критерием тотального неблагополучия личности, но заболевание влияет на разные стороны жизнедеятельности человека. В результате болезни появляются ролевые и физические ограничения, могут возникать изменения психической деятельности, снижается возможность удовлетворения актуальных потребностей. Именно субъективное отношение человека к возможности удовлетворения возникающих потребностей, заболеванию, другим событиям своей жизни, к себе и формируют субъективное благополучие личности в ситуации болезни.

Принято считать, что в основе данного понятия лежит аффективный компонент (принятие – непринятие, нравится – не нравится) и когнитивная составляющая, сводимая к удовлетворенности жизнью (Петренко В.Ф., 2005).

Действительно, во многих исследованиях понятие СБ рассматривается аналогично понятиям «счастье» (Аргайл М., 1990), «удовлетворенность жизнью» (Савченко Т.Н., Головина Г.М., 2006), «качество жизни» (Петренко В.Ф., 2005).

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, отражает уровень общего благополучия личности в ситуации болезни, удовлетворенность теми сторонами жизни, на которые влияет болезнь. В зарубежной литературе КЖ трактуется как отражение воздействия заболевания и его лечения на представления пациента, изменяющиеся под влиянием различных повреждающих факторов, функциональных стрессов, психологических и социальных воздействий (Asadi-Lari M. et al., 2004).

В медицине интерес к КЖ больного стал возникать тогда, когда врачи обратили внимание на тот факт, что объективное уменьшение симптоматики заболевания вовсе не обязательно сопровождается улучшением самочувствия больного, а пациенты с идентичной степенью нарушения функций организма могут иметь различную степень

психической и социальной дезадаптации (Белова А.Н., Щепетова О.Н., 2002). Большинство исследователей сходятся в одном – далеко не всегда удается установить прямую корреляцию между тяжестью заболевания и уровнем «качества жизни», который во многом определяется субъективными представлениями пациента о своем страдании и сопряженными с ним опасностями и последствиями. Во многом именно представления пациентов о заболевании, реальные или мнимые, и лежащие в их основе базовые убеждения способны приводить к эмоциональным расстройствам, которые несомненно сказываются на переживании личностью состояния субъективного благополучия.

Нами было проведено изучение качества жизни и психологического статуса 127 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 45 до 58 лет с длительностью заболевания от полугода до 5 лет, находившихся на плановом лечении в отделении кардиологии клиники Самарского государственного медицинского университета. Низкий уровень КЖ выявлен у 32,3% больных, средний – у 52%.

Ведущими психологическими особенностями больных ИБС, сопряженными с низким уровнем КЖ, явились недостаток самоконтроля, низкое чувство долга, конформизм, такие характеристики межличностных отношений, как экспрессия, уступчивость, неуверенность, заботливость, социальное избегание, ситуативная и личностная тревожность, сентиментальность. Тенденция к снижению КЖ больных ИБС отмечалась в случае преобладания доминантности, подозрительности, фрустрированности, радикализма, пессимистического стиля объяснения происходящих событий, дисфорического и паранойяльного типов отношения к болезни, повышенной озабоченности влиянием болезни на социальный статус, доминирования в сфере межличностных взаимодействий конкурентности, эмоциональной холодности, авторитарности. Тенденция к повышению КЖ имела у пациентов с оптимистическим объяснительным стилем. С высокими значениями КЖ были сопряжены такие черты, как экстравертированная направленность личности, эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, гармоничное эмоциональное состояние.

Аналогичные результаты (с некоторыми отличиями) были получены при изучении психологических факторов, взаимосвязанных с показателями КЖ, в группе больных хронической почечной недостаточностью (96 человек), впоследствии перенесших операцию трансплантации почки.

Полученные данные о взаимосвязи КЖ и психологических особенностей больного следует учитывать при использовании показателей качества жизни как критерия эффективности терапевтических мероприятий в лечебном процессе.

АДАПТИВНОСТЬ КАК МНОГОПЛАНОВОЕ СВОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Е.Ю. Лазарева, Д.В. Гартфельдер

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Личность можно оценить с точки зрения здоровья, или адаптивности. Здоровое функционирование обычно описывается единым, или интегрированным, сопровождающимся немногими конфликтами, а также адаптивным в социальной среде (Клоннинггер С., 2003). В одних и тех же проблемных ситуациях разные люди адаптируются по-разному и с различной степенью успешности. Подобные факты свидетельствуют о том, что должна существовать способность к адаптации, или адаптивность (Налчаджян А.А., 2010).

Согласно теории личности З. Фрейда наблюдаемые тенденции ядра личности состоят в максимизации удовлетворения инстинктов при одновременной минимизации наказания и вины. Типы личности во взрослом возрасте отражают ведущий тип деятельности и результат имеющихся конфликтов на разных стадиях психосексуального развития, а также защиты, характерные для этих стадий (Мадди С., 2002).

К.Г. Юнг считал, если «Я» игнорирует мудрость бессознательно, оно может разрушать сознательные рациональные процессы, захватывая и извращая их. Тем самым в теории К.Г. Юнга рассматриваются духовные факторы адаптивности личности.

К. Хорни (2007) рассматривает невротическую личность, где динамический центр образует базисный конфликт между аттитюдами «движение к людям», «движение против» и «движение от» людей.

Основой адаптации А. Адлер (1997) считает стремление к цели, так как существование человеческой души немислимо без цели, к достижению которой направлены все усилия личности. Он пришел к выводу, что чувство неполноценности и ненадежности существования всегда присутствует в человеческом сознании и является постоянным стимулом к изобретению лучших способов адаптации к жизни на Земле.

Для Э. Эриксона наибольшее значение имело это и его адаптивные способности в связи с проблемой развития индивидуума. Важнейший мотив жизни человека по К. Роджерсу – это актуализировать, т.е. сохранить и развить себя, максимально выявить лучшие качества своей личности, заложенные в ней от природы.

К теориям, созданным вне клинической обстановки, относятся теории, выдвинутые Скиннером и Бандурой, которые предлагают улучшать адаптацию путем обучения людей более эффективному поведению и (в когнитивных подходах) более эффективному образу

мышления о себе и жизненных задачах. Гуманисты особенно озабочены полноценной реализацией человеческого потенциала в зрелом возрасте и привлекают внимание к более интегрированному и развитому «Я» (Клоннинггер С., 2003).

А.А. Реан с соавт. делают вывод, что явления адаптации и личностное развитие взаимно дополняют друг друга, образуя различные направления для самоактуализации.

Согласно личностно-деятельной теории в основании личности лежат отношения соподчиненности человеческих деятельностей, порождаемые ходом их развития (Леонтьев А.Н., 1975). Адаптивность личности в данном случае выступает как способность личности применять свои знания и умения для эффективной реализации себя в деятельности и достижении поставленных целей.

По мысли А.Ф. Лазурского, основная задача личности – это приспособление (адаптация) к окружающей среде, которая понимается в самом широком смысле (природа, вещи, люди, человеческие взаимоотношения, идеи, эстетические, моральные, религиозные ценности и т.п.). Мера (степень) активности приспособления личности к окружающей среде может быть разной, что находит отражение в трех психических уровнях – низшем, среднем и высшем (Аверин В.А., 1999).

А.В. Либин (2006) рассматривает адаптивность как функциональный метапараметр индивидуальности, который проявляется в виде способности субъекта синхронно перестраиваться в соответствии с требованиями изменяющейся среды. Один из принципов – это принцип индивидуального единства, согласно которому никакое из индивидуальных свойств не интерпретируется без учета целостной природы феномена индивидуальности, связанной с интегративными эффектами адаптивности и результативности.

О.В. Кузнецова (2009) определяет адаптивность как устойчивое свойство личности, которое представляет собой способность к внутренним (внутриличностным) и внешним (поведенческим) преобразованиям, перестройкам, направленным на сохранение или восстановление равновесных взаимоотношений личности с микро- и макросоциальной средой при изменениях в ее характеристиках.

А.М. Богомолов (2008) предлагает рассматривать адаптационный потенциал в качестве интегрального свойства личности и дифференцировать осознаваемые и неосознаваемые компоненты адаптационного потенциала и механизмы психологической адаптации (Богомолов А.М., 2008).

Таким образом, многими исследователями в психологии и медицине адаптивность рассматривается как одна из важнейших свойств личности как в условиях здоровья, так и при болезни, и является многоуровневым конструктом, характеризующим, с одной стороны, индивидуальность человека, с другой – выраженность его приспособительного потенциала в реальных условиях среды.

РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА

В.А. Лефтеров

Донецкий юридический институт, Донецк, Украина

Возрастающие проблемы современной жизни и общества, как на уровне макро- и микросоциума, так и на уровне практически каждого отдельного человека, имеют прямую или опосредованную психологическую обусловленность, это сегодня общепризнано и не требует доказательств.

Современный этап модернизации общества, сопровождающийся комплексными изменениями в образовательном, технологическом, экономическом, социальном, культурном и политическом измерениях человеческого бытия, также детерминирован социально-психологическими факторами. Исследователи в один голос заявляют, что главными условиями модернизации общества являются качество и развитие человеческого капитала. Увеличение вложений в развитие человека обеспечит консолидацию общества на пути его модернизации во всех сферах жизнедеятельности. Именно поэтому одним из условий дальнейшего развития общества является расширение психологической практики, которая в различных формах и проявлениях в настоящее время имеет поистине «ренессансные» тенденции, проникая в самые разнообразные сферы жизнедеятельности.

Проблема развития психологической практики в современном обществе, особенно на постсоветском пространстве, стоит остро, а разработка механизма продвижения системы оказания психологической помощи для населения является чрезвычайно актуальной и своевременной. В самом широком смысле психологическая практика и психологи, ее осуществляющие, призваны выполнять весьма гуманные, социально значимые цели – профилактика психического здоровья, всестороннее развитие личностного потенциала и обеспечение психологического благополучия людей в целом.

Профессия психолога существует уже более ста лет, но в нашей стране до недавнего времени она считалась то избранной и уникальной, то отвергнутой и забвенной, то снова признанной, но все же немногочисленной. Лишь в последние полтора-два десятилетия психология становится поистине массовой профессией, доступной для всех. В тоже время такое увеличение отряда психологов на сегодняшний день оказалось не адекватным реальным запросам общества и негативно сказывается на профессиональной идентичности самих психологов.

Изменяется их концептуальное представление о своем месте в профессиональном сообществе, трансформируется ценностный и мотивационный смысл их субъективного отношения к своей профессиональной принадлежности. Это связано, с одной стороны, с описанными в литературе мифами о психологе по типу: психолог обладает сверхспособностями; психолог и психиатр – одно и то же; психолог может решить все проблемы (миф о всесильности психолога) и т.п. С другой – реальным видением психологов как компетентных помощников, знающих и умеющих объяснить различные психологические явления, – и все это при относительно низком зарплатном статусе.

На протяжении многих десятилетий все запросы (в том числе и душевно-духовные), нужды и проблемы людей в нашей стране обслуживались, удовлетворялись и решались с помощью вне рыночных отношений и механизмов. Рынок изменил эту ситуацию. Спрос действительно рождает предложение, и сегодня психологическая практика откровенно капитализируется, пытается встать на рыночные рельсы и завоевать место под солнцем, что является нормальным и закономерным в социальных и экономических реалиях сегодняшнего дня.

Первоочередными задачами современной системы психологической практики, на наш взгляд, являются:

1. Развитие системы оказания качественной и доступной психологической помощи населению и организациям, конструктивный диалог и сотрудничество с разными институтами гражданского общества и органами местного самоуправления по этим вопросам.

2. Содействие психологическому просвещению населения, в том числе распространение психологических знаний по вопросам оптимизации социальных взаимоотношений, сохранения и восстановления психологического здоровья.

3. Всестороннее укрепление семьи как одного из важнейших социальных институтов, способствующих психологическому здоровью и благополучию общества.

4. Совершенствование нормативно-правового регулирования системы оказания психологических услуг населению.

5. Усовершенствование средств массовой коммуникации и рекламы в вопросах психологической практики, охраны психологического здоровья населения.

Важным и перспективным заказчиком практической психологии является государство. Именно оно должно проводить социальную политику, нацеленную на гармонизацию интересов и отношений различных социальных и национальных групп, улучшение качества жизни определенных слоев населения, создание оптимальных условий для укрепления психического здоровья людей. Существует много сложных

общенациональных проблем, которые не могут быть решены без соответствующих государственных программ. Так, например, в США, по данным статистики, на решение проблем, связанных со стрессами, уходит от 75 до 90 млрд долл. ежегодно. При этом около 17 млрд составляют потери из-за снижения производительности, вызванного стрессовыми переживаниями.

В условиях модернизации современного общества является необходимым использование возможностей теоретической и практической психологии в деятельности высших органов законодательной и исполнительной власти. Во-первых, почти все законопроекты, особенно связанные с проведением реформ, должны в обязательном порядке проходить предварительную социально-психологическую экспертизу: как те или иные законы будут восприняты, поняты и приняты людьми, какие психологические барьеры могут возникнуть в процессе реализации этих законов и реформ с учетом психологии закономерного инновационного сопротивления.

Во-вторых, актуализируется проблема психологической культуры и креативно-интеллектуальной составляющей политической и всей управленческой деятельности (ведения политического диалога, политической борьбы, поиск приемлемых компромиссов и эффективных управленческих решений и т.п.).

В-третьих, крайне необходим систематический психологический анализ последствий политических решений, процессов и явлений, инициируемых властью с точки зрения влияния на психологическое здоровье людей и общества в целом, а также оперативное реагирование в случае ухудшения ситуации.

В сфере развития психологической практики, безусловно, еще много субъективных и объективных проблем. Перспективы развития психологической практики и повышение спроса на деятельность психологов-практиков в условиях модернизации современного общества обуславливается растущей зависимостью экономики, политики, здравоохранения, образования и других областей общественной жизни и деятельности от полноты понимания и учета психологических закономерностей поведения людей.

Потенциал для расширения социального заказа психологических услуг сегодня также может быть реализован и самими психологами, например, посредством целенаправленной работы по изменению уровня психологической культуры населения. Сегодня также назрела необходимость сообществ психологов выработать концепцию по комплексной системе психологического обслуживания, придать ей соответствующий юридический и общественный статус, решить ряд вопросов, связанных с аккредитацией психологов, сертификацией их деятельности и интеллектуально-прикладных продуктов.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ БЕЗРАБОТНЫХ В ПРОЦЕССЕ ИХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ

С.А. Петунова, Н.В. Григорьева, В.П. Смирнова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

За последние два десятилетия проблема безработицы населения постепенно вошла в разряд первоочередных и требующих централизованного подхода в области управления занятостью. Одной из наиболее оптимальных форм социальной поддержки безработных и снижения напряженности на рынке труда является профессиональная переориентация и переподготовка по тем специальностям, на которые существует спрос на рынке труда. Вторичная профессионализация безработных связана с глубокими личностными преобразованиями, где огромная роль принадлежит мотивам учения.

Цель данного исследования состояла в изучении мотивационных проявлений личности безработных в процессе их вторичной профессионализации. В исследовании приняло участие 126 безработных, зарегистрированных в центрах занятости г. Чебоксары и проходивших на момент исследования профессиональную переподготовку, и 80 респондентов, занимающихся профессиональной деятельностью, проходящих профессиональную переподготовку в высшем учебном заведении.

Социально-психологические и индивидуально-психологические особенности личности имеют большое значение при формировании мотивации человека как источника его активности, направленной на изменение ситуации незанятости, при этом мотивация и мотивы могут быть обусловлены как внешними, так и внутренними факторами. Было выяснено, что тип мотивации (внешняя или внутренняя) влияет не только на эффективность трудовой деятельности, выбор места работы, удовлетворенность от профессии, но и на успешность учебной деятельности, в том числе и учебной деятельности безработных в процессе вторичной профессионализации.

В качестве основного эмпирического инструментария использовалась анкета исследования мотивов учебной деятельности при профессиональной подготовке и переподготовке. Для получения показателей межгруппового соотношения исследуемых характеристик использовался t-критерий Стьюдента, выявляющий степень значимости различий между выборочными совокупностями.

По результатам исследования выявлено, что безработные в процессе вторичной профессионализации руководствуются больше внеш-

ними мотивационными факторами (желание расширить круг общения и разнообразить свою жизнь; легкость, удобство получаемой специальности; материальная составляющая будущей профессии). У занятых граждан в процессе вторичной профессионализации центральное место занимает внутренняя мотивация, характеризующаяся интересом к профессии, стремлением к повышению своего профессионального уровня, желанием самореализоваться и пониманием важности получаемой профессии (мотив общественно значимого характера).

Данный факт вызван тем, что для большинства безработных вторичная профессионализация носит вынужденный, зачастую принудительный характер. Выбор направления переподготовки ограничен возможностями центра занятости, недостатком информации о востребованности профессии, нарастающим чувством тревоги в связи со снижением материального уровня.

К смене профессии человек должен быть психологически подготовлен, что может оказывать влияние на мотивацию учебной деятельности. Рекомендуем базировать данную готовность на информированности о потребностях в кадрах на местном рынке труда, профессиях, пользующихся спросом, и проблемах трудоустройства в различных сферах деятельности, перспективности выбранной профессии.

Для переориентации внешней мотивации на внутреннюю как на более эффективную во время учебного процесса акцентировать внимание на общественной значимости (нужности и важности) будущей профессии, целесообразности более глубокого изучения материалов и специфики профессии в целом для использования знаний, умений и навыков в дальнейшей профессиональной деятельности.

ОТЧАЯНИЕ И ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЬ, ИХ МЕСТО В ПЕРЕЖИВАНИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

И. А. Погодин

Институт гештальта, Минск, Беларусь

Отчаяние и боль лежат в основе переживания человеком практически любого психологического кризиса. Можно даже сказать, что рассматриваемая проблема является основополагающей для кризисной психологии.

От отчаяния к восстановлению витальности. Отчаяние всегда предполагает конфликт двух и более противонаправленных стремлений, в основе которых могут лежать как желания, так и интроекты. Так, активность, мотивированная желанием, может быть остановлена

интроектом или другой потребностной тенденцией. Отчаяние может быть также вызвано столкновением двух противоречивых интроектов. В любом случае стратегия терапевтической работы должна опираться на представления об отчаянии как результате тупика, образованном обездвиживающими друг друга стремлениями. Выход из этого тупика заключается в возможности легализации всех тенденций, его образующих. Как только все заблокированные до того в отчаянии стремления получат право на жизнь и проявление, посредством «взрыва вовнутрь» высвобождается огромное количество «замороженной» прежде энергии, которая теперь может быть расходуема для ассимиляции аффекта отчаяния.

Этимологически присутствующий в названии данного чувства корень «чаяние» отсылает нас также к представлениям о его фрустрационной природе. Другими словами, отчаяние появляется в ситуации, когда какие-либо важные потребности, несмотря на ожидание их удовлетворения, оказываются фрустрированными, при этом отчаяние маркирует, как правило, остановку в удовлетворении наиболее важных потребностей, релевантных поддержанию безопасности и стабильности существования, а также образов себя и реальности. Интенсивность переживания отчаяния является производной от значимости фрустрированной потребности для поддержания витального баланса и от представлений человека о перспективах ее удовлетворения в будущем, т.е. от ожиданий, но уже в новой редакции. Отсутствие каких бы то ни было перспектив в удовлетворении потребности и, как следствие, в восстановлении баланса в поле рождает отчаяние, присутствующее в феноменологии депрессий различных клинических форм и генеза. В этом случае отчаяние является эмоциональным маркером тупика, являющегося следствием фиксации дисбалансированного контекста поля с сопутствующими представлениями о безысходности. В то же время отчаяние также выступает регулятором ощущения тупика, фиксируя в неизменном хроническом состоянии психологически неблагоприятный контекст поля. В этом случае человек как бы упивается своим несчастьем, формируя замкнутый круг нарушения способности к творческому приспособлению: хронификация дисбалансированного контекста поля рождает отчаяние, постоянное воспроизведение которого в аутичном переживании вторично фиксирует неблагоприятную ситуацию жизненного пространства с сопутствующим ощущением безысходности. Разрыв этого психопатологического цикла выступает благоприятным прогностическим фактором в психотерапии депрессий. Ресурсом для выполнения этой задачи является возможность размещения переживания отчаяния на границе контакта со средой. Таким образом, контактный способ обращения с отчаянием, имеющим аутичную при-

роду, в некотором смысле выступает «противоядием» для его неблагоприятных психологических последствий. Приобретая в результате этого процессуальный характер, переживание отчаяния трансформируется в некоторые другие формы агрессии (например, злость, гнев, ярость, страх¹ и т.д.), предполагающие большую чувствительность к полю и желаниям, возникающим в нем, при этом соответствующим образом изменяются также поведенческие паттерны, регулирующие и изменяющие контекст поля, который до этого момента был неизменным и воспроизводил отчаяние и, как следствие, депрессию.

От психической боли к процессу переживания. Не случайно название этого эмоционального переживания совпадает с обозначением физиологической реакции человека на физическую травму. Как разбитое колено или сломанная рука сопровождаются физической болью, так и травма, нанесенная self, маркируется болью психической, причем боль возникает в тот момент, когда полученная психическая травма очень значительна и (или) внезапна и не может быть пережита посредством актуализации какого-либо другого чувства или эмоции (например, злости, гнева, стыда, вины и т.д.).

Психическая боль, на наш взгляд, является не столько отдельной эмоцией, сколько комплексным эмоциональным феноменом. Другими словами, она выступает вторичным эмоциональным проявлением, производным от обращения с простыми эмоциями и чувствами. Боль появляется в результате удержания чувств внутри границ self, при этом агрессия удержанных чувств в результате аутичной инверсии образует чрезвычайно сильное давление на self, который через некоторое время оказывается затоплен недифференцированными аффектами². Психическое напряжение становится настолько сильным, что находится на грани выносимости, причем чем сильнее напряжение, тем более затруднен процесс осознания формирующих его чувств. Таким образом, порочный круг замыкается, формируя чрезвычайно сильный хронический дискомфорт, который и называется психической болью. Боль парализует контакт и все феномены, производные от него, включая self. Любые витальные проявления угасают, поскольку все возникающее психическое возбуждение оказывается поглощенным ворон-

¹ Возможно, именно по этой причине выход из депрессии часто связан с переживанием и выражением сильных агрессивных чувств, приобретающих по большей части объектный характер.

² Инверсия агрессии удержанных чувств парализует психическую динамику на границе контакта. Поскольку именно на границе контакта реализуется функция осознания и маркировки возникающего в контакте возбуждения, то удержанные эмоциональные проявления оказывается невозможным дифференцировать.

кой, образуемой замкнутым динамическим циклом боли. Возможно, именно поэтому феномену боли часто сопутствуют утрата осознания каких-либо перспектив на будущее, способности радоваться и получать удовольствие, апатия и ощущение безысходности; последнее может оказаться конкурирующим с желанием жить. На наш взгляд, это один из факторов, определяющих значение и роль психической боли для феноменологии и динамики депрессий и суицидального поведения.

Для полноты анализа феномена психической боли необходимо отметить, что она возникает в результате удержания не только (а может быть, и не столько) «негативных» чувств (злости, ярости, печали, вины и т.д.), но и «позитивных» (нежности, любви, удовольствия и т.д.), причем инверсия агрессии нежности и любви, например, может оказывать более патогенное воздействие¹. Боль, образуемая блокированием этих эмоциональных проявлений, переживается гораздо тяжелее, поскольку затрагивает самые архаичные элементы self. Психотерапевтический опыт позволяет предположить, что чем более ранние чувства (точнее, их блокирование) формируют боль, тем глубже психические нарушения, ей релевантные, и хуже терапевтический прогноз.

Терапевтическая стратегия в работе с психической болью с очевидностью вытекает из описанной феноменологии. Первичным является размещение боли на границе контакта, которое позволяет восстановить в правах и функциях процесс переживания. Если о своей боли оказывается возможным сообщить лично другому человеку, то в этот момент боль оказывается уже выносимой («если боль не разрушила терапевта, то и я могу ее пережить»). Эта точка знаменует начало процесса переживания, в котором в чистом виде боль может присутствовать недолго. Вскоре может обнаружиться, что за болью находится какое-то другое чувство, которое также может быть пережито в контакте с другим человеком. Таким образом, психотерапия психической боли оказывается похожа на расчистку «авгиевых конюшен», по ходу которой у клиента высвобождается значительное, блокированное до этого момента, возбуждение, появляются желания, восстанавливается способность получать удовольствие от жизни. Витальность восстанавливается, отвоевывая self у смерти.

¹ В большей степени патогенный эффект блокирования «позитивных чувств» характерен для западной культуры, развитие и актуальное состояние которой связано с христианством. Так, например, в христианской культуре удержание «негативных» чувств, имеющих природу греха, полностью легализовано. Его даже обслуживают множество церковных ритуалов – от молитвы до исповеди. И наоборот, любовь и нежность являются ценными, они даже транслируются как необходимые для праведной жизни, поэтому удержанию сильных «позитивных» чувств часто сопутствует также и угроза самоуважению.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЖ. ГИЛФОРДА И М. САЛЛИВЕНА ДЛЯ ПОДБОРА ПЕРСОНАЛА

В.А. Порядина

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

В последние годы на рынке труда мы можем наблюдать достаточно выраженную динамику роста интереса руководителей организаций и предприятий к вопросам повышения эффективности персонала. В первую очередь это связано с достаточно серьезной конкуренцией на рынке, вызванной кризисными процессами в мировой экономике. В условиях острой конкуренции немалую роль играет не только профессионализм менеджеров, но и такие их личностные качества, как мотивация на достижение успеха, умение работать в команде, коммуникабельность, умение самопрезентации и т.д. Таким образом, понятие «профессионализм» по отношению к менеджеру значительно расширяется, включая в себя не только профессиональные навыки, знания и умения, но и наиболее желаемые для работодателя качества личности.

Такая тенденция вызвала у служб по подбору персонала потребность в расширении знаний о процессах командообразования, средствах мотивации персонала и их результативности, формировании группового поведения в организации, коммуникативном поведении сотрудников, управлении карьерой и прочих немаловажных аспектах, непосредственно влияющих на результаты деятельности предприятия (организации). Именно поэтому возрастает роль использования не только беседы, но и психологических методик при собеседовании на замещение вакантного места. Используемая специалистом по подбору кадров методика должна быть достаточно результативна: показать именно те качества личности испытуемого, которые желательны и нежелательны для работодателя.

Исследования показали, что в настоящее время предприятию гораздо более выгодны сотрудники, которые стремятся к обучению, повышению профессиональной компетентности, в результате чего мы наблюдаем появление нового типа организационного контракта, имеющего характер коммерческого партнерства: стороны обязуются взаимодействовать до тех пор, пока это выгодно каждой из них, с максимальной отдачей от сотрудника и создания условий для работы со стороны организации [3]. Таким образом, *умение учиться* начинает цениться выше преданности, знания становятся намного нужнее, чем простая исполни-

тельская дисциплина. Помимо этого остро встает вопрос о взаимоотношениях сотрудников внутри организации, умении вести переговоры, быстро понимать контекст ситуаций и адекватно отвечать на изменения, складывающиеся в процессе совместной работы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что современная организация заинтересована в умном, профессионально-компетентном сотруднике, обладающем определенным набором коммуникативных навыков и умений, мотивированном на наибольшую отдачу своих сил и знаний. Мониторинг вакансий показывает, что наличие у сотрудника коммуникативного навыка и мотивации к успешной работе могут перевешивать по значимости для организации также профессиональные навыки, которые достаточно быстро приобретаются в процессе работы. Следовательно, служба подбора кадров, обеспечивающая предприятие специалистами, обязана учитывать все вышеперечисленные особенности и строить свою работу таким образом, чтобы максимально удовлетворить запросы работодателя.

Каким же образом быстро и эффективно выяснить, насколько человек, претендующий на вакантное место, удовлетворяет вышеперечисленным требованиям, выдвигаемым организацией? Мы предлагаем использовать в данном случае метод тестирования с применением методики исследования социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливана в адаптации Е.С. Михайловой (Алешиной), позволяющий быстро и точно диагностировать уровень развития и профиль социального интеллекта испытуемого.

Остановимся на современной трактовке дефиниции «социальный интеллект». В настоящее время социальный интеллект рассматривается как самостоятельный психологический феномен, относительно независимый от общего (академического) интеллекта, имеющий свою сложную структуру. На наш взгляд, не совсем правильным является понимание социального интеллекта как проявления общего интеллекта в ситуациях социального взаимодействия. Мы рассматриваем социальный интеллект как четкую и согласованную группу ментальных способностей, связанных с обработкой социальной информации. Эти способности фундаментально отличаются от тех, которые лежат в основе «академического» интеллекта, проверяемого тестами IQ. Социальный интеллект служит показателем уровня адекватности и успешности социального взаимодействия личности. В.Н. Куницына предложила следующее определение социального интеллекта, которое, по нашему мнению, наиболее глубоко раскрывает суть данного понятия: «Социальный интеллект – это глобальная способность, возникающая на базе комплекса интеллектуальных, личностных и поведенческих черт, включая уровень энергетической обеспеченности процессов са-

морегуляции; эти черты обуславливают прогнозирование развития межличностных ситуаций, интерпретацию информации и поведения, готовность к социальному взаимодействию и принятию решений» [1].

Дж. Гилфорд рассматривает феномен социального интеллекта как систему интеллектуальных способностей, независимых от фактора общего интеллекта и связанных, прежде всего, с познанием поведенческой информации. Согласно концепции Дж. Гилфорда, социальный интеллект – интегральная интеллектуальная способность, определяющая успешность общения и социальной адаптации [5]. Социальный интеллект объединяет и регулирует познавательные процессы, связанные с отражением социальных объектов (человека, группы людей). К процессам, его образующим, относятся социальная сенситивность, социальная перцепция, социальная память и социальное мышление.

Модель интеллекта Дж. Гилфорда дает возможность создания батареи тестов, направленных на диагностику социального интеллекта. В 60-е г. XX в. под руководством ученого был создан первый надежный тест для измерения социального интеллекта. Методика позволяет измерить когнитивные компоненты в структуре социального интеллекта, его уровень и парциальные способности (профиль).

Методика исследования социального интеллекта включает четыре субтеста [2]. Субтест № 1 – «Истории с завершением» – измеряет фактор познания результатов поведения СВИ, т.е. способность предвидеть последствия поведения персонажей в определенной ситуации, предсказать то, что произойдет в дальнейшем на основе невербальных реакций.

Субтест № 2 – «Группы экспрессии» – измеряет фактор познания классов поведения (СВС) как способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека. Стимульный материал субтеста представляет собой картинки с изображением невербальной экспрессии: мимики, жестов и пр. Испытуемый должен понять ту эмоцию, которая изображена на стимульных картинках.

Субтест № 3 – «Вербальная экспрессия» – измеряет фактор познания преобразований поведения (СВТ), т.е. способность понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации. В каждом из заданий субтеста предъявляется фраза, которую один человек говорит другому в определенной ситуации. Испытуемый должен среди трех других заданных ситуаций общения найти ту, в которой данная фраза приобретет другое значение, будет произнесена с другим намерением.

Субтест № 4 – «Истории с дополнением» – измеряет фактор познания систем поведения (СВС), который рассматривается как способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия, значение

поведения людей в этих ситуациях. Позволяет оценить способность испытуемого использовать логические умозаключения для прогноза поведения на основании неполных данных. Субтест № 4 является наиболее комплексным и информативным по общему факторному весу в профиле социального интеллекта.

Таким образом, три субтеста (№ 1, № 2 и № 4) составлены на невербальном стимульном материале и один субтест (№ 3) – вербальный. В каждом субтесте испытуемому предложено выполнить от 12 до 15 заданий. Время проведения субтестов ограничено. Субтесты диагностируют когнитивные способности в структуре социального интеллекта: познание классов, систем, преобразований и результатов поведения. Методика рассчитана на весь возрастной диапазон, начиная с 9 лет. Успешность выполнения методики не зависит от половой идентичности.

Ответы испытуемых фиксируются на бланке ответов и обрабатываются при помощи ключа. Результаты по отдельным субтестам отражают уровень развития способностей данного фактора познания поведения. Результат по тесту в целом представлен в виде композитной (суммарной) оценки четырех парциальных способностей и отражает общий уровень развития социального интеллекта у испытуемого.

Сумма «сырых» баллов за каждый субтест переводится в стандартные баллы при помощи нормативных таблиц. Композитная оценка как сумма сырых баллов по всем четырем субтестам также переводится в стандартное значение.

Методика измерения социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливана обладает высокой прогностической валидностью, подтвержденной Е.С. Михайловой в результате адаптации к российским условиям. Это стандартизированный психологический тест, имеющий четкий алгоритм проведения и интерпретации, по праву признанный одним из лучших для диагностики социального интеллекта в мировой психологической практике.

Однако необходимо отметить, что при рассмотрении только композитной оценки социального интеллекта, не учитывая специфики каждого субтеста, невозможно сделать адекватные выводы в уровне развития социального интеллекта у испытуемого. В ходе интерпретации композитной оценки социального интеллекта необходимо учитывать анализ результатов каждого из субтестов в отдельности, а затем обобщать результаты.

Предлагаемая нами для использования при подборе персонала методика позволяет достаточно быстро и надежно провести диагностику различных способностей, наличие которых у кандидата на вакансию желательно для работодателя. На основании результатов тестирования психолог может сделать выводы о том, в каком направле-

нии испытуемый может работать продуктивнее всего: вести переговоры, выстраивать тактику или стратегию поведения организации, сможет ли он быстро и адекватно реагировать на изменение ситуации, будет ли продуктивен при общении с клиентом.

Литература

1. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2002.
2. Михайлова (Алешина) Е.С. Тест Дж. Гилфорда и М. Салливена для диагностики социального интеллекта // Методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 1999.
3. Организационное поведение: учебник для вузов / под ред. Г.Р. Латфуллина, О.Н. Громовой. СПб.: Питер, 2007.
4. Eisenck H.J., Eisenck M.W. Personality and individual differences. A natural science approach. N.Y.; London, 1985.
5. Guilford J.P. The nature of human intelligence. NY: MC Grow-Hill, 1967.
6. Thorndike E.L. Intelligence and its // Harper's Magazine. № 7, 1920. P. 227-235.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ

Н.А. Русина

*Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия*

В медицинской практике существуют феномены, психологическая причина возникновения которых – несоответствие возможностей личности уровню ее притязаний: синдромы хронической усталости и эмоционального выгорания, профессиональная деформация, психосоматические заболевания. Симптоматика этих явлений сходная и проявляется в снижении иммунитета, работоспособности, настроения. Задача врача – понять механизм их возникновения, направлять пациента в психолого-психотерапевтическую службу.

В психологической и медицинской литературе приводится широкий спектр исследований адаптационных механизмов личности, «защитного» и совладающего поведения в условиях стресса, конфликта. Для человека совладающее поведение – это жизнь «в ладу с самим собой». Именно в сфере развития механизмов совладающего поведения могут быть предложены психолого-педагогические технологии обеспечения здоровья человека. Очевиден тот факт, что совладающее поведение отличается устойчивыми копинг-ресурсами, которые включают хорошие когнитивные ресурсы, высокую силу «Я-концепции», адекватный локус-контроля и самооценки, психоэмоциональные ре-

сурсы. К последним относится *в первую очередь* умение адекватно выражать свои эмоции и чувства, понимать их проявление у других людей. В медицинской психологии известно такое психологическое явление, как алекситимия, при котором человек затрудняется в обозначении и понимании чувств собственных и чужих. *Во-вторых*, это умения сохранять психическую (а не психологическую) защиту, адекватно расходовать свой энергоинформационный потенциал. *Наконец*, это понимание связи между проявлениями эмоций, мыслей и изменениями в собственном теле. *И последнее*, это осознание материальности мысли, связи между мыслеобразами, эмоциями и вероятными причинами заболеваний человека.

Для удобства **условно** разделим работу с психоэмоциональными ресурсами личности на четыре сферы, которые в реальной жизни являются неразделимыми: мысли, эмоции, тело, энергия.

Мыслительная сфера. Все более убедительным оказывается утверждение о материальности мысли. Для скептиков можно говорить об энергоинформационных потоках и волновых проявлениях, которые эти мысли сопровождают. Совместные исследования физиков и военных медиков это доказывают. Более простым примером является возникновение ятрогений в медицинской практике, когда слово может вызывать болезни. В работах В. Жикаренцева, Л. Хей, Л. Виилма, А. Свяша, С. Гремлинга и С. Ауэрбах и др. путем практической работы выявлены вероятные причины болезней или неадекватного поведения, порождаемые определенными мыслями, и предлагаются способы создания новых мыслей, с помощью которых эти болезни могут быть излечены, а поведение измениться. К техникам работы относятся: фокусирование на проблемах, переформулирование базисных убеждений, подавление нежелательных мыслей, перевод ограничивающих убеждений в конструктивные, иррациональных мыслей в рациональные, перевод «отрицательного» в «положительное», «теория относительности» отрицательных событий, принципы «золотого сечения», притчи, заповеди, молитвы и др. Сюда же относятся различного рода тренинги: уверенности в себе, развития социальных навыков, работа по управлению собственным временем и др.

Телесная сфера. Существует два типа стрессовых ситуаций: первые – это те, с которыми мы можем справиться сами или с помощью психолога, психотерапевта, используя различные приемы и техники. На это необходимо время, условия, помощь специалиста, но есть ситуации, в которых эти способы не помогают. Как правило, это стрессы чрезвычайных обстоятельств, имеющие по шкале Холмса – Рейха самые высокие значения. Широко распространяется мнение о наличии у современного человека постоянного психосоциального стресса, связанного с кризисами политическими, социальными, экономическими.

Здесь рациональная работа не помогает, так как человек не способен слушать терапевта или кого-либо другого. Тяжелые переживания, сопровождающие эти события, «уходят в тело». При многих психосоматических заболеваниях наблюдается невнимание к себе, нелюбовь к себе, и в первую очередь к своему телу. У таких пациентов преобладает сфера «разум/деятельность» (Пезешкиан Н.). Им свойственно сначала бегство в работу, а во время заболевания бегство в болезнь. Наиболее актуальными и значимыми для таких больных являются сферы «Тело» и «Достижения». Соматическими проявлениями и «бегством в работу» пациенты реагируют на различные значимые проявления своей жизни и наиболее сильно переживают. Даже если психосоматических жалоб еще субъективно нет, «трудоголики» (а это именно они) уделяют минимум внимания своему телу. В результате все отрицательные (а нередко и положительные) эмоции оказываются неотреагированными или подавляются. Для таких людей единственно правильным приемом является осознание того, что сфера «тело/ощущения» у них, как правило, остается без внимания, поэтому действия, направленные на совладания с трудностями, должны быть прежде всего физического плана. Именно осознание данного факта является основой применения телесно-ориентированной психотерапии, базирующейся на невербальном выражении глубинной психологии. В обыденной практике хорошо помогают упражнения на глубокое дыхание и изометрические упражнения на мышечную релаксацию, не требующие длительной тренировки, времени и особого места для занятий. Сюда же относятся проявление внимания к своей внешности, косметические и водные процедуры, массаж и самомассаж, движения (танцы, спорт, прогулки), йога, визуализация, медитация, режим труда и отдыха, сон, питание).

Эмоциональная сфера. Прежде всего это фокусирование на собственных эмоциях, маркировка эмоциональных состояний, обучение правильному (адекватному) «отреагированию» эмоций. Здесь уместно говорить о правиле «Я-высказывания», в котором устанавливается связь между описанием травмирующей ситуации, собственными эмоциями и чувствами, возникающими в ней, и высказыванием желаемого ее исхода. На высвобождение эмоциональной сферы работают приемы: «выпускные клапаны для гнева», «слезы», перевод отрицательных эмоций в физическую активность, «проговаривание» своего эмоционального состояния, фокусирование на внутренних переживаниях, а не на внешних событиях, различение между чувствами и телесными ощущениями, создание новой доминанты, творчество, улыбка, смех, релаксация, глубокое дыхание.

Энергоинформационная сфера. Не менее важным ресурсом для совладания является сохранение энергетики. Известная теория манипулирования человеком фактически описывает потери энергии личности.

На житейском уровне это явление рассматривается как психологический «вампиризм», или негативная психология. При общении с подобными людьми ощущается дискомфорт, опустошение, снижение энергетики. Для противодействия манипуляциям предлагается определить вид силы, которой пользуется манипулятор, направить энергию противника против него самого и т.д. Для обеспечения психической «защиты» используется множество приемов, типа «экранирования». Для восстановления энергетики помогают пребывание на природе, общение с животными, коллективное бессознательное (архетипы Юнга, сказки, мифы).

Интегральный, холистический подход. Существуют различные интегральные «школы», в которых все четыре сферы-ресурсы нераздельно присутствуют. Это «школы» теории и практики причинности В.П. Гоча (полевая работа), теории и практики самопознания А.А. Шевцова, взятые из опыта Древней Руси, «школы» Востока, теории и практики трансперсональной психологии С. Грофа.

ИНФРАДИАННЫЕ РИТМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

С.Н. Стрельник

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

В настоящее время уже не подлежит сомнению, что околосуточные, сезонные, годовые, многолетние и иные биоритмы, объединяемые термином «инфраничные», составляют основу нормальной жизнедеятельности, обеспечивая гибкую адаптацию человека к меняющимся условиям окружающей среды, «естественное течение жизни». Патологические состояния характеризуются десинхронизацией основных нормальных показателей между собой и с внешними датчиками ритма, что приводит к срыву адаптационных механизмов.

Однако связь и соотношение биологических ритмов полифакторных показателей жизнедеятельности в норме и патологии представляет собой сложную проблему. К подобным показателям может быть отнесено эмоциональное состояние человека.

Как в норме, так и в патологии эмоции – это та интегративная сторона психического функционирования, которая определяется субъективным значением объектов и явлений внутренней и внешней реальности для удовлетворения потребностей человека по определению Э. Крепелина, эмоции – «стражи» нашего существования и нашего благополучия. По замечанию В.А. Гиляровского, это та сторона психической жизни, которая, оставаясь «тесно связанная с остальными,

все же в смысле локализации более вынесенная на периферию на встречу внешним раздражениям», «...роль эмоциональных расстройств в патологии, в общем, очень значительная, определяется целиком тем значением, которое ей присуще в нормальном состоянии» (Гиляровский В.А., 1935). Классическим является представление о наличии определенных и закономерных колебаний эмоционального состояния и его составляющих (настроения, аффектов), включая ритмические колебания в русле уже упомянутых инфрадианных биоритмов, эмпирические наблюдения, за которыми накапливались еще со времен античной философии и медицины.

В случае хронобиологического изучения эмоциональности, предметом становятся две принципиально отличные группы показателей и их временная организация. Во-первых, это разнообразные биологические показатели – колебания концентраций нейротрансмиттеров, гормонов, показателей деятельности внутренних органов и т.д. Во-вторых, динамика как нормального, собственно психического состояния, так и патологического. В случае патологии, это динамика клинических проявлений болезни, таких как симптом, синдром и в целом динамика рецидивов патологического процесса (Стрельник С.Н., 2010). Если для описания группы биологических параметров вполне адекватным понятием является «биоритм», то для второй по аналогии применимо пока редко употребляемое понятие «психоритм», также подходящее для описания периодических колебаний нормальных психологических и психофизиологических показателей (Волкова Л.В., 1998 и др.). Общий термин для патологических и нормальных психических проявлений вполне согласуется с той точкой зрения, что между некоторыми психопатологическими симптомами и феноменами нормальной психической жизни иногда обнаруживается преимущественно количественная разница. Примером может являться сезонное аффективное расстройство (САР). По сведениям, приводимым Kasper S. с соавт. (1989), 90% общей популяции штата Мериленд при эпидемиологическом исследовании обнаруживают некоторую степень инфрадианных, чаще всего сезонного характера (с циркануальным ритмом), вариаций настроения. Имеются данные, что с увеличением географической широты количество сезонных колебаний настроения еще более увеличивается, что связывают с изменением условий фотопериодизма (Rosen L.N., Targum S.D., Terman M., 1990 и др.). M.R. Eastwood и его коллеги (1985) сравнивали инфрадианные ритмы настроения, сна, тревоги и активности на протяжении периода в 14 месяцев у 30 пациентов с аффективными расстройствами (25 из них с маниакально-депрессивным психозом) с 34 здоровыми субъектами контрольной группы, совпадающими по возрасту и полу. Они обнаружили, что большинство пациентов и многие из здоровых субъектов имели инфрадианные ритмы

настроения, активности и сна, около половины которых были сезонными. «Принципиальной разницей между пациентами и здоровыми субъектами из контрольной группы является амплитуда цикла, и, следовательно, аффективные симптомы могли быть расценены как вариант нормального эмоционального статуса... Аффективные симптомы видятся универсальными, с периодическим компонентом, который отличается больше по степени, нежели по качеству; паттерны циклов для больных людей определяются по амплитуде...» (Eastwood M.R., Whitton J.L., Kramer P.M., Peter A.M., 1985). Другими примерами, подтверждающими высказанную точку зрения, являются не имеющие четкого хронобиологического разграничения между патологией и нормой изменения настроения, связанные с менструальным циклом и родами у женщин, расстройства настроения позднего возраста при климактерическом и инволюционном периоде.

К сожалению, благодаря широкому распространению некоторых лженаучных теорий, слова «биоритм» и «хронобиология» нередко ассоциируются с антинаукой аналогичной, например, астрологии. Примером подобной «теории» является получившая широкую популярность «теория трех биоритмов» («эмоционального», «интеллектуального» и «физического»), неоднократно подвергнутая критике с позиций доказательности и научности. На самом деле хронобиология в настоящее время представляет собой сформировавшуюся научную доказательную дисциплину, лежащую в традиционном академическом русле исследований, включая исследования в области психологии и психиатрии, а путаница возникает в основном в связи с недобросовестностью исследователей.

MEANING OF VALUE-ORIENTED CONSTRUCTS IN CONTEXT OF INDIVIDUAL AND PERSONAL SPACE AND SOCIALIZATION

E.B. Fantalova
Moscow City Psychological and Pedagogical University,
Moscow, Russia

Classically the concept «*value*» occurs from Greek «*telos*» that means an ultimate goal to which the person aspires. But finding of this purpose, possibility of achievement it are perceived differently as owing to objective circumstances, and subjective factors. Therefore the concept of *value* as prime target of human achievement assumes also other necessary concept connected with conditions of such achievement, namely, concept of *availability*. The last, just, also is connected with process of finding by the per-

son of the set value and realization of the possibilities, the «I» in the conditions of such finding. In a basis of creation of a technique of «Level of correlation of *value* and *accessibility* in different life spheres» (LCVA) the hypothetical assumption that one of essential the determinant of the motivational and personal sphere is mobile, gradually changing in the course of activity depending on vital circumstances a ratio between two «planes» of consciousness laid down. Namely: between the plane containing in awareness of leading vital values, personal senses, the distant vital purposes, and the plane of everything that is directly available, connected with implementation of the specific, easily achievable goals being in «a foreseeable psychological field», in a zone of «easy reach». Further it is easy to notice that with reference to the concrete vital sphere or a local problem a ratio of these two planes in character similarly to a ratio of such psychological parameters, as «Value» (*V*) and «Availability» (*A*) which are key in an offered technique.

It is necessary to emphasize at once that *V* and *A* aren't polar characteristics of the motivational and personal sphere. On the contrary, incentive power of various motives and emergence of the internal conflicts in certain vital spheres will depend in many respects on nature of interrelation of *V* and *A* as will be shown below. For any vital sphere at once it is possible to allocate some typical options of such interrelation of *V* and *A*. Namely:

1. *V* and *A* completely coincide;
2. *V* and *A* substantially coincide;
3. *V* and *A* substantially disperse and such divergence has two options: The *V* exceeds *A* ($V > A$), and *A* exceeds *V* ($A > V$);
4. *V* and *A* completely disperse.

By means of the technique created by the author «Level of correlation of *value* and *accessibility* in different life spheres» (LCVA) (Fantalova E.B., 1992-2012) were allocated following valuable focused person constructions: a divergence index «Value - Availability» (an integrated indicator of a technique of (LCVA), the *Internal conflict* (*IC*), *Internal vacuum* (*IV*), the *Neutral zone* (*NZ*). It was shown that the integrated indicator of a technique of LCVA, a divergence index «*V* – *A*», as a whole can act as the indicator of blockade of valuable and semantic educations functioning in the motivational and personal sphere and the internal conflicts, pointing to divergence degree meanwhile that is, and that should be, between ***I want*** and ***I have***, and also between ***I want*** and ***I can***. ***IC*** – the Condition when the valuable object is inaccessible or isn't available absolutely, «desirable» doesn't coincide with «real», significant requirements and values are in a blockade condition. ***IV***-the Condition when the available object doesn't represent interest, can be accompanied by feeling of «an internal ballast», «redundancy of presence», uselessness, an otioseness, internal emptiness. ***NZ*** – the Frictionless, quiet condition where «desirable» and «real» in whole or in part

coincide, are harmoniously counterbalanced in an inner world of the subject. A condition when significant needs for the basic are satisfied, and values are realized.

Recently psychometric research of the main indicators of a technique of LCVA was carried out. By means of the correlation analysis check of this technique on existence of a construct validity and reliability as internal coherence was carried out. Authentic correlations of the main psychological indicators of a technique (*divergence index «Value – Availability», «internal conflict», «internal vacuum», «neutral zone»*) with indicators of techniques of MMPI, «16 Personality Factors» R. Cattell, «Accentuation of character» Shmishek-Leongard and «Level of subjective control» (updating of a technique of J. Rotter) were received. Research was carried out on a sample of 274 cardiological patients. The received results of the correlation analysis in many respects confirmed reference psychological value of indicators of a technique of LCVA, and also gave the chance to open their additional contents. The main hypothesis of research concerning specifics of emotional and motivational regulation in case of a mismatch of Value and Availability (*an index of a divergence of V-A, IC, IV*) and in case of their combination (*NZ*) proved to be true.

ECONOMIC AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF ADOLESCENTS IN CRISIS CONDITIONS

I.V. Ermakova, N.V. Nikolaeva
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Economic and political transformations in the social life of Russia are taking place against the background of serious and sometimes painful changes in the system of values of different age groups, especially the youth. To the most sensitive groups in different ways reacting to current socio-economic innovations should be referred older adolescents. In modern conditions of psychological and pedagogical problems of the introduction of older adolescents to market relations the formation of their stable market-oriented conduct gains special currency and social importance.

In the Russian social psychology the problems of economic-psychological adaptation of older adolescents were not specifically treated until recently. Only at the beginning of XXI century there appeared the first works in which the economic-psychological adaptation was separated into an independent branch of scientific research. This is due to the fact that for many years the problems of adaptation were considered in the framework of natural-scientific research and the terminological system of psycho-physiological and mental adaptation was developed mainly by representa-

tives of medico-biological Sciences. Often the terminology of mental adaptation was automatically transferred to the characteristics of the production life of work collectives, educational institutions, to the problems of professional adaptation of various social and professional groups, including adolescents. All this caused certain confusion in the understanding of such terms as «social-psychic adaptation» and «social-psychological adaptation».

As one of important mechanisms of economic socialization of younger generation the economic and psychological adaptation has become the subject of study of a number of Russian scientists, among which are A.L. Zhuravleva, T.V. Drobysheva, A.B. Kupreychenko, S.A. Tsvetkova, M.N. Stelmashuk, O.G. Posypanova, D.C. Deineko, V.I. Slutsky, A.B. Fenko etc. When analyzing this phenomenon and its content characteristics different authors use different indicators sets of the complex of economic values, the living conditions of children, adolescents and young adults. Different scientists take as the basis of research different indicators such as children's attitude to money, economic understanding of the purchase of goods, ownership of property, etc. All this predetermines discordance in the interpretation of substantial elements of economic- psychological adaptation, confusion in the adaptive mechanisms of this phenomenon.

In our study we made differentiations between the mental, socio-psychological and economic- psychological adaptation. The latter is considered by us as an integral formation which includes the elements of economic, social, socio-psychological adaptation. In this regard an attempt is made to «fence off» from the mental adaptation and move to a new level of understanding of the dependence of adaptation not only on the psychic, but also the psychological organization of the human psyche, from the socio-psychological characteristics of his business and personal qualities, which contribute to the success of adaptation to various life situations.

It is known that the process of economic-psychological adaptation of a man takes place continuously and at each age stage of life there is a new system of economic needs, interests and attitudes. This changes the role and the status of a person, which determines the changes in the structure of economic behavior and in the flow of economic and psychological adaptation in general. The effectiveness of this type of adaptation at the level of adolescence depends on objective and subjective factors of the life of a teenager.

Without setting the task to review all the indicators of economic and psychological adaptation of adolescents to the number of objective factors that affect the rate of this process we have included the following:

- the qualitative characteristics of the nearest microenvironment of the life of adolescents, their circle of communication and interaction with peers and adults;

- the set of educative and educational efforts of pedagogical collectives of studied schools to the formation of the constructive forms of adap-

tive behavior in adolescents, the adequacy of the consumer and saving behavior to economic realities of everyday life;

- the educational and socio-professional status of parents;
- the level of material well-being of the family where the teenager is brought up;
- the moral-psychological climate in the family, the nature of the marital and child-parent relations, the degree of parents' attention to consumer requirements of a teenager;
- the significance degree of interest groups for the teenagers, the level of their influence on adolescent consumer and saving behavior.

Among the subjective factors that contribute to the success of economic-psychological adaptation we considered the following:

- value orientations, beliefs, attitudes, and other motivators of behavior associated with adolescent willingness to join the ranks of businessmen and bankers;

- the intensity of the need for self-assertion, the implementation of the «self-concept», which is reflected in the desire to «get on their feet quickly», to earn their own money and to learn the secrets of commodity-money relations, to become a self-reliant and economically independent from their parents 'adult';

- economic stereotypes of behavior- on the one hand they facilitate the selection of the normative acts of public behavior, the choice of goods and services, on the other hand under the influence of group pressure of interest groups and informal groups stereotypes cause occurrence of the «herd reflex» like «do as we do, do as all» that determines the spread of various addictions;

- economic identification as a factor that may influence the adolescent desire to form «inner circle» of peers, based on the similarity of material well-being of their families. Hence the differentiations of adolescent value orientations and attitudes, involvement in regulatory requirements and non-constructive forms of adaptive behavior (the field of leisure, public places, schools, yards, etc.).

Instable economic situation in the country determines the appearance of many problems at the level of the adolescent economic and psychological adaptation. These problems are quite notably seen in the areas of consumer and saving behavior, in the implementation of legislative and non-legislative requirements in the family, in the school system, in public places (shops, transport, yards, etc.).

As evidenced by the process of economic socialization the main indicators of the economic-psychological adaptation of teenagers are the degree of the evidence of their adaptive behavior and social maturity as well as the level of the formation of adaptability as a stable personality trait. Since the economic-psychological adaptation covers various spheres of adolescent life we limited the research field of the phenomenon to the elements of

adaptive behavior which includes consumer and saving behavior as the most important indicators of economic-psychological adaptation.

Research shows that systematic economic education and training of students contribute to successful economic and psychological adaptation of adolescents, provide significant effect in their fast growing and entering into the complex world of economic interaction of people with each other.

PERSONALITY AND ART

Hans-Otto Tomashoff
Vienna, Austria

How does an artwork become recognized as such and how does it become integrated into the temple of appraised art history? It is the same rules of interwoven biological, psychodynamic and cultural influences that lead to its creation, which also determine the interpretation and with it the attributed artistic value to a work of art.

Usually it is not easy to explain the course of an artistic career. More commonly it is different strategy that opens the gate of the temple of fine arts. An artist whose individual psychodynamic connects with the stylistic tradition of the culture he is in creates an oeuvre in which his subjectivity reaches out to an inter-individual level and transcends towards meaningfulness for society. This does not necessarily have to coincide with the artist's intention. For example the German Ludwig Meidner (1884-1966) in 1912 painted apocalyptic scenarios of burning cities and people in panic which later were interpreted as visionary intuitions of the upcoming disasters in the First World War.

Similarly art brut was not accepted within the frame of the concepts of art until Dubuffet and others integrated its stylistic particularities into the field of the fine arts resulting in a reciprocal acceptance of previously rejected artworks. They were not created within the tradition of the academic art, but the tradition changed and incorporated what had been brought to life outside of its former boundaries. Nowadays the drawings from the Prinzhorn Collection, the paintings from Aloise and many more have entered museums and the art market on an equal level as others. Nevertheless these evolutions of traditions do neither progress evenly within a society nor between different societies.

Art evolves in the biology of the brain parallel to the concepts we establish to define ourselves as persons. It is the interaction between the biological raw model and the perception of outer stimuli which leads to the psychological structure, and it is the interaction between those individual psychological structures and the cultural traditions which are passed on within the frame of the societies we grow up in.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ЮНОШЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ПОТЕНЦИАЛА РАЗНЫХ ВИДОВ ИНТЕРНЕТ-АКТИВНОСТИ

О.М. Бойко, О.Ю. Казьмина, О.А. Щелокова

*Научный центр психического здоровья РАМН,
Москва, Россия*

Межличностные коммуникации испытывают на себе влияние научно-технического прогресса. Наряду с личными встречами и почтовой перепиской в повседневную жизнь вслед за стационарным телефоном быстро вошло использование мобильной связи и интернет-технологий. Исследование последних выявило эффективность и высокую значимость социальной поддержки, получаемой в виртуальном пространстве, что относится и к общению с уже знакомыми людьми [5], и к участию в самоорганизующихся сообществах взаимной поддержки, касающихся определенных проблем [2], а также в группах под руководством психолога [4]. Применение Интернета может помочь разрушить физические барьеры, препятствующие значимым социальным взаимодействиям людей с инвалидностью, а также снизить пагубное влияние социальной изоляции, увеличивая ощущение сопричастности человека к жизни других людей и помогая преодолению одиночества. Эффект от его использования сходен с посещением группы психологической поддержки по определенной проблематике, где есть возможность разделить собственные переживания с другими людьми, ощутить поддержку товарищей по несчастью [2]. Расширение круга людей, с которыми человек обменивается социальной поддержкой, в том числе за счет контактов в виртуальной среде, повышая ощущение сопричастности к жизни других и помогая преодолению одиночества, положительно сказывается на психическом и физическом здоровье человека, страдающего стигматизирующим заболеванием [2; 3].

Кроме стандартных форм интернет-активности, оказывающих влияние на социальную адаптацию человека (см. Sarason, Sarason, 2009), к таковым относят и участие в online-играх [6]. Несмотря на существующие предубеждения против последних, они способны положи-

тельно влиять на социальную сеть, помогая сформировать прочные, крепкие отношения и давая социальную поддержку. Для этого должны соблюдаться следующие условия: географическая и социальная близость игроков, а также их знакомство в реальной жизни. В противном случае увлечение online-играми усугубляет социальную изоляцию [3].

Отрицательное влияние на социальную адаптацию человека – одно из грозных последствий психического заболевания. Разработанная в НЦПЗ РАМН программа О.Ю. Казьминой (1997) «Социальная поддержка» направлена на восстановление и развитие навыков установления и поддержания социальных контактов при общении в offline. Ее применение открыло пути предотвращения социальной дезадаптации и дало в руки профессионалов действенный инструмент по ее коррекции. В связи с расширением форм социальных взаимодействий и повсеместным распространением интернет-технологий возникла необходимость увеличить спектр применяемых психотерапевтических мероприятий с включением материалов, направленных на коррекцию online-взаимодействия. Последнее потребовало данных о характере коммуникативных нарушений в виртуальной среде у людей, страдающих психическими заболеваниями.

Для подбора методического инструментария и проверки целесообразности проведения развернутого исследования было проведено пилотажное исследование на базе Отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН в период с марта по июнь 2012 года. Критерием отбора для участия в исследовании стало наличие эндогенного психического заболевания (по МКБ-10: F20.0, F21.3, F21.4, F25.0, F25.1, F31.X), актуальное отсутствие острой психотической симптоматики, использование Интернета, а также согласие пациента на участие в исследовании. Обследование и последующее сообщение результатов с подробными психокоррекционными рекомендациями проходило в индивидуальном порядке. Общая выборка составила 12 человек. Возраст от 16 до 29 лет, средний возраст ($23,5 \pm 3,7$) лет.

Методическим материалом стал калифорнийский опросник социальной сети (адаптация О.Ю. Казьминой, 1997) и дополнительный опросник к нему (О.Ю. Казьмина, 1997) Из-за отсутствия стандартизированных средств изучения интернет-активности для диагностики характера использования online-пространства применялся устный опрос по специально разработанной методике. Обработка данных проводилась с применением непараметрического корреляционного анализа Спирмена в статпакете SPSS.

Результаты исследования: выявлены существенные отличия в характере интернет-активности у пациентов с сохранной социализаци-

ей от тех, чьи социальные связи были нарушены. Так, ни один из пациентов не использовал коммуникативные возможности online-игр. Одновременно с этим коммуникативное использование виртуального пространства положительно коррелировало с поддержанием контактов с друзьями и времяпрепровождением с ними (0,690 при $p \leq 0,05$), наличием близкого друга (0,741 при $p \leq 0,01$) и интимной связи (0,632 при $p \leq 0,05$). Представляется важной корреляция между пунктом «поддержание контактов в Интернете со старыми друзьями» и сообщением о наличии отношений с наивысшей степенью психологической близости (0,824 при $p \leq 0,01$). Вместе с тем коммуникативное использование социальных сетей коррелировало с возможностью пациента предоставить поддержку близким (0,758 при $p \leq 0,05$), что повышает уровень социальной адаптации пациента [1]. Представленные результаты подтверждают важную роль интернет-технологий в предотвращении социальной изоляции при психическом заболевании. Полученные в ходе опросов данные также стали основой для разработки опросника «интернет-активности», работа над стандартизацией которого ведется в настоящее время.

Полученные в процессе проведенного исследования результаты, являясь началом большой работы, дают основание планировать разработку психокоррекционного и психообразовательного модуля по социальной адаптации с использованием виртуального пространства для людей, страдающих психическими заболеваниями.

Литература

1. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 1997.
2. Dare j., Green L. Rethinking social support in women's midlife years: Women's experiences of social support in online environments // *European Journal of Cultural Studies*, 2011. № 14. P. 473-491.
3. Miller S.M. The Effect of Frequency and Type of Internet Use on Perceived Social Support and Sense of Well-Being in Individuals With Spinal Cord Injury // *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2008. № 51. P. 148-158.
4. Phua J. J. The social groups approach to quitting smoking: An examination of smoking cessation online and offline through the influence of social norms, social identification, social capital and social support // *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Vol. 72(10-A), 2012. P. 3582.
5. Sarason I.G., Sarason B.R. Social support: Mapping the construct // *Journal of Social and Personal Relationships*. 2009. № 26. P. 113-121.
6. Trepte S., Reinecke L., Juechems K. The social side of gaming: How playing online computer games creates online and offline social support. *Computers in Human Behavior*; May 2012, Vol. 28 Issue 3. P. 832-839.

АГРЕССИВНОСТЬ ПОДРОСТКОВ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ И ИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ОДНОКЛАССНИКАМИ

А.В. Голенков

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Актуальность. Под агрессивностью понимается поведение или действие, направленное на нанесение физического или психологического вреда окружающим. Она может выступать как средство достижения какой-либо цели, как способ психической разрядки, замещения удовлетворения заблокированной потребности и переключения деятельности, как форма самореализации и самоутверждения.

Психологи обращают особое внимание на повышенную уязвимость мальчиков в неполной семье и наличие у них дополнительных причин для тревожности. В связи с отсутствием в неполной семье мужского эталона идентификации одинокая мать пытается компенсировать сыну этот недостаток изменением своей родительской роли. Эмоциональное состояние мальчиков в неполной семье более низкое, чем девочек, и связано с ощущением личностной изоляции. Мальчики в неполной семье чаще испытывают чувство одиночества и трудности в общении, особенно в подростковом возрасте.

Цель исследования – оценка агрессивности и отношений с одноклассниками подростков из неполных семей для оптимизации их взаимоотношений с окружающими людьми.

Задачи: 1) изучить особенности агрессивности у подростков; 2) выявить типы акцентуаций характера у подростков с агрессивностью; 3) исследовать отношения подростков из неполных семей с одноклассниками.

Материалы и методы исследования. Обследовано 42 подростка мужского пола из неполных семей в возрасте от 14 до 16 лет (средний возраст – 15 лет). Выборка была представлена тремя группами 14, 15 и 16 лет по 14 детей в каждой.

Использовались «Социометрическая методика»; «Оценка отношений подростка с классом», «Опросник агрессивности Басса – Дарки», «Патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко». Результаты обработаны с помощью корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение. Изучение взаимоотношений подростков из неполных семей с одноклассниками показало, что они не являются истинными лидерами в своих классах. В то же время эти дети не относятся к числу отвергаемых одноклассниками. Отношение

класса к данной категории подростков напрямую зависит от их агрессивности.

Отношение подростков из неполных семей к одноклассникам имеет специфические особенности в зависимости от возраста. Так, 14-летние обследуемые воспринимали класс двояко. Они рассматривали отношения с классом с прагматической и коллективистской точек зрения. Эти подростки отдавали предпочтение более компетентным членам группы, которые способны оказать помощь, взять на себя решение сложной проблемы или послужить источником необходимой информации. Также для 14-летних подростков почти настолько же актуальны проблемы класса и отдельных ее членов. Они демонстрировали заинтересованность в успехах как класса в целом, так и одноклассников. Данные подростки проявляли потребность в коллективных формах работы, но испытывали при реализации данной потребности трудности, связанные с особенностями их личности (агрессивность и акцентуированность некоторых черт).

Нами было выявлено, что 15-летние подростки предпочтительнее воспринимали класс с индивидуалистской позиции. Данное обстоятельство мы связываем с тем, что именно в таком возрасте наблюдаются наиболее высокие показатели агрессивности, что отталкивает одноклассников от совместного взаимодействия с такими подростками. Но если в 14-летнем возрасте у подростков более сильно выражена потребность в общении со сверстниками и их зависимость от мнения и оценок сверстников, то в 15 лет эта потребность постепенно ослабевает. Поэтому 15-летние подростки из неполных семей воспринимали группу достаточно нейтрально. Они уклонялись от совместных форм деятельности с одноклассниками, предпочитали индивидуальную работу, ограничивали собственные контакты с несколькими наиболее близкими одноклассниками («друзьями»).

Для 16-летних подростков из неполных семей было характерно коллективистское восприятие класса. У большинства из них наблюдались заинтересованность в делах класса, стремление внести свой вклад в групповую деятельность. Однако иногда за коллективными интересами могли скрываться прагматические интересы, характеризующиеся тем, что подростки воспринимали класс как средство, способствующее достижению тех или иных индивидуальных целей. Они отдавали предпочтение более компетентным членам группы, способным оказать помощь, взять на себя решение сложной проблемы или послужить источником необходимой информации.

Исследование агрессивности у подростков показало, что наиболее раздражительными, подозрительными, обидчивыми оказались 14-летние обследуемые. Они были больше склонны к проявлению вербаль-

ной и физической агрессии. Для них характерно оппозиционное поведение, которое чаще проявлялось в виде активной борьбы против установившихся обычаев и законов (против родителей, учителей). Они были более завистливы и чаще испытывали ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия, чем старшие подростки.

Было выявлено, что 14- и 15-летние подростки характеризуются высоким уровнем косвенной агрессии. Свои негативные чувства они выражали через крик, визг, проклятия и угрозы. Данный вид агрессии снижался у 16-летних подростков.

Несмотря на яркую демонстрацию агрессивных реакций подростков 14-15 лет, они меньше, чем 16-летние испытывали чувство вины за собственные действия и поведение. С возрастом все виды агрессии у подростков уменьшаются. Одновременно повышается чувство вины, понижаются индексы враждебности и агрессивности (таблица).

Распределение видов агрессии у подростков разных возрастных групп
(средние баллы)

Агрессия	14 лет	15 лет	16 лет
Физическая	6,3	5,1	4,2
Косвенная	7,1	7,0	5,4
Раздражение	9,2	8,8	6,3
Негативизм	4,1	3,9	2,5
Обида	6,9	6,6	5,6
Подозрительность	8,9	8,2	7,3
Вербальная	11,2	9,6	6,7
Чувство вины	2,6	2,7	4,4
Индекс враждебности	8,3	6,6	4,3
Индекс агрессивности	9,5	8,4	7,9

Результаты использования патохарактерологического опросника показали, что у подростков 14 лет более выражены гипертимные, эпилептоидные и неустойчивые черты характера. Обследуемые данной возрастной группы характеризовались частыми конфликтами с окружающими из-за своего недостаточно серьезного отношения к обязанностям, склонностью к аморальным поступкам, повышенной раздражительностью, прожектерством. Они не любили вынужденное одиночество, отличались властностью и жестокостью. Их характеризовала повышенная склонность к развлечениям и безделью.

В возрасте 15 лет чаще встречались астеноневротические, лабильные, истероидные, сензитивные и циклоидные черты характера. Обследуемые отличались раздражительностью, крайней изменчивостью настроения. Их поведение зачастую зависело от сиюминутного настроения. При этом у них отмечался эгоцентризм, жажда постоянного внимания к собственной персоне, они стремились привлечь внима-

ние к себе окружающих, причем не всегда благовидным способом; тяжело переживали даже незначительные неприятности, обнаруживая признаки «комплекса неполноценности».

У подростков 16 лет снижалась выраженность эпилептоидных, неустойчивых и истероидных черт характера, они становились менее себялюбивыми, властными и жестокими, меньше проявляли слабость.

Корреляционный анализ показал, что подростки с физической агрессией, редко испытывают обиду ($r = -0,35$; $p < 0,05$), но при этом они отличаются раздражительностью ($r = 0,46$; $p < 0,01$). Причем ощущение подростком обиды по отношению к одноклассникам препятствует осознанию и прочувствованию вины за свои поступки и действия ($r = -0,37$; $p < 0,05$). Обследуемые с косвенной агрессией отличаются подозрительностью ($r = 0,54$; $p < 0,01$) и враждебностью ($r = 0,36$; $p < 0,05$). В отношении одноклассников они более склонны к негативизму ($r = 0,52$; $p < 0,01$). Подростки с вербальной агрессией очень обидчивы ($r = 0,45$; $p < 0,01$), но не склонны к негативизму ($r = -0,49$; $p < 0,01$). Обследуемые с вербальной агрессивностью менее всего подозрительны ($r = -0,63$; $p < 0,01$), не испытывают чувства вины за свои действия и поступки по отношению к одноклассникам ($r = -0,38$; $p < 0,05$). К вербальной агрессии склонны подростки с неустойчивой ($r = 0,31$; $p < 0,05$) и эпилептоидной ($r = 0,40$; $p < 0,01$) акцентуациями. Для них не характерно наличие астеноневротических реакций ($r = -0,34$; $p < 0,05$). Конформные подростки оказались более миролюбивыми по отношению к одноклассникам ($r = -0,40$; $p < 0,01$), а с астеноневротической акцентуацией склонны к негативизму в группе ($r = 0,32$; $p < 0,01$).

Таким образом, подростки из неполных семей отличались выраженной раздражительностью, повышенным уровнем вербальной и физической агрессии, повышенной обидчивостью. Отношения с одноклассниками, как и предполагалось, у них характеризовались индивидуалистским типом восприятия класса. Определенную роль в проявлениях и выраженности агрессии играли характерологические особенности (особенно эпилептоидные, гипертимные и неустойчивые). С возрастом агрессивность у подростков из неполных семей уменьшалась, а взаимоотношения с одноклассниками улучшались.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Л.Г. Горохова, И.Ф. Сибгатуллина

*Детская республиканская клиническая больница,
Институт развития образования, Казань, Россия*

Государственная социальная политика РФ по организации охраны здоровья и реабилитации детей требует разработки новых алгоритмов психологического сопровождения детского населения и их семей по типу «законченного случая». Под «законченным случаем» в практической психологии рассматривается сопровождение ребенка и его семьи разнопрофильными специалистами с момента его заболевания до полного выздоровления, а также стойкой социальной адаптации всей семьи по принципу системности и преемственности. «Законченный случай» как форма деятельности психологической службы (далее – ПС) детской клинической больницы может стать в перспективе стратегической составляющей восстановительной медицины, психологической коррекции и реабилитации.

Междисциплинарное взаимодействие медиков и клинических психологов в реабилитационном процессе и инновационные подходы здоровьесберегающей психологии позволяют уже на этапе раннего вмешательства корректировать развитие ребенка и разрабатывать пролонгированные программы психологического сопровождения детей и их семей. Подобный подход можно назвать переходом от «стратегии выживания» к «стратегии жизни», например сопровождение ребенка с первого дня жизни (или с периода беременности) в стационаре и дальнейшее «курирование» совместно со специалистами центров здоровья и центров развития детства. Тактически такой инновационный подход обеспечивает не столько междисциплинарное взаимодействие, сколько межкомандное, интегративное усилие специалистов по сопровождению и предупреждению возможного жизненного неблагополучия заболевших детей.

На уровне практики требуется не только преемственность и «стыковка» форм деятельности специалистов, но и единая электронная система (основанная на конфиденциальности), внедрение персонифицированного учета оказания медико-психологических услуг, введение электронной медицинской и психологической карты пациента, запись к врачу или медицинскому психологу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, а также электронный оборот документов всех отделений клиники, включая психологическую службу.

Инновационные вопросы невозможно рассматривать, не делая акцент на перспективах модернизации психологических служб. Актуальность психологического обеспечения здравоохранения возрастает в связи с новыми социальными требованиями к системе здравоохранения, которые были определены в федеральной программе модернизации.

Цели программы. Улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи детскому населению и, как следствие, расширение сфер деятельности клинических психологов.

Задачи программы. Укрепление материально-технической базы детских клинических больниц и внедрение технологического современного интерактивного и сенсорного оборудования для психокоррекционной и реабилитационной работы; введение медиаинформационных форм взаимодействия специалистов с пациентами и их семьями, а также и между собой; внедрение стандартов оказания медицинской помощи и четкое «рамочное» определение медико-психологических стандартов помощи детскому населению.

В целом, можно сказать, что в настоящее время детским клиническим больницам требуется создание психологических отделений (далее – ПО), организованных по типу психологической службы со своей внутренней структурой и нормативно-правовой документацией. Причем и первое, и второе должно соответствовать общим задачам модернизации здравоохранения, что повысит успешность лечебного процесса и качество жизни пациентов.

Так, если говорить о реабилитационных и восстановительных процессах, то вариативная, многоуровневая модель ПО и многоаспектные формы деятельности специалистов ПО составят базис доступности и высокого уровня качества медико-психологических услуг как совместных междисциплинарных технологий, методов, методик и индивидуальных стилей деятельности.

Дальнейшие перспективы развития содержания деятельности ПО направлены на расширение сфер профессиональной реализации специалистов. Мировой опыт показывает, что теории психотерапии, психосоматики, медицинской психологии, возрастной психологии, психологии развития и психологии здоровья оказываются наиболее эффективными в определении содержательной линии психологов-практиков. Однако в последнее время возможности частных концепций психокоррекции и реабилитации, экологической психологии также влияют на качество психологических услуг. Примером тому может служить психологическая работа специалистов не только по кабинетному принципу, но и активное использование игровых комнат, сенсорных и интерактивных лабораторий, парковых зон детских клиник, коридоров реабилитации, психокоррекционных консолей, динамических тренажеров, мониторинговых медиарамок, резонансных планшетов и т.д.

Уверенность специалистов в методологии содержания своей практики дает профессиональную свободу в выборе аппаратуры, методик, методического материала. Это касается и работы с пациентами и их семьями и работы с персоналом медицинского учреждения.

Модернизация ПС предполагает и развитие направления работы с кадровым потенциалом детских клинических больниц. Обращаясь еще раз к мировому опыту, подчеркнем необходимость в наличии отдельного сотрудника ПО, в функциональные обязанности которого входила бы работа по психологическому сопровождению врачей, медицинских сестер, оперирующих специалистов и др. И это не только вопросы тематических тренингов, предупреждающих профессиональное выгорание или вопросы регулирования конфликтов. Это вопросы биоэтики и психологических установок духовного понимания своей профессиональной деятельности. Принципы профессиональных полномочий такого специалиста могут быть в перспективе определены законодательством РФ и кодексом профессиональной этики медицинских психологов. Психологическая работа с кадрами в условиях клинических больниц – новая перспективная линия деятельности ПО, особенно на региональных уровнях.

Не менее перспективным для деятельности ПО является аспект проектно-содержательной плановой работы с учреждениями образования, молодежными движениями, детскими спортивными командами, творческими коллективами. Подобная проектная работа должна, на наш взгляд, строиться на грантовой основе и быть направлена на общие гражданские инициативы, связанные с охраной здоровья детства.

Важным является и развитие финансового ресурса ПО. Надеяться только на бюджетные средства в процессе любой модернизации уже не современно. Вопрос, нужны ли в ПС платные услуги, не стоит. Но множество других вопросов не миновать:

- какие услуги никогда не могут быть платными?
- каков предел оплаты «в особо трудных случаях»?
- как предупредить «кассирования пациентов»?
- каков оптимальный коэффициент распределения долей между клиникой, ПО, самими сотрудниками?
- какое должно быть сметообразование на новые технологические формы психологической реабилитации с использованием специального оборудования?
- должен ли персонал дополнительно оплачивать различные виды психологической помощи?
- включать ли в оплату психологических услуг страховые риски, профессиональные риски, научное сопровождение?

Вопросов немало. Ответы в процессе поиска, в том числе и через обращение к опыту зарубежных клиник и российских коллег.

В восьмидесятые годы казалась фантастикой идея психологического сопровождения лечебного процесса в стационарном медицинском учреждении; в девяностые годы «первые ростки» появились в клиниках, руководителями которых были мудрые профессионалы-управленцы с прогностическим типом мышления. Двухтысячные годы характеризуются поиском путей, инструментария, профессионального накопления практик психологического обеспечения лечения.

Представляется, что в новом десятилетии практики проявят себя настолько, что каждый россиянин, имеющий детей, сможет быть уверенным, что здоровье его ребенка под охраной, а его качество жизни стало выше.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СРЕДА ШКОЛЫ КАК ИНСТИТУТ СТАНОВЛЕНИЯ НРАВСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕЙ ЛИЧНОСТИ

Г.С. Дулина, Л.И. Аллабергенова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Гимназия № 1, Чебоксары, Россия*

В процессе воспитания личности исключительно важное значение имеет формирование ее нравственности. Люди, будучи членами социальной системы и находясь во множестве общественных и личных связей между собой, должны быть определенным образом организованы и в той или иной мере согласовывать свою деятельность с другими членами сообщества, подчиняться определенным нормам, правилам и требованиям.

В настоящее время лишь образование оказывается тем главным и единственным социальным институтом, через который возможно воплощение базовых ценностей и целей развития российского общества. В условиях радикального изменения идеологических воззрений, социальных представлений, идеалов именно образование позволяет осуществлять адаптацию к новым жизненным условиям и закреплять в общественном сознании роль нравственного воспитания в формировании полноценной личности на различных этапах ее возрастного развития.

Школа для ребенка – та адаптивная среда, нравственная атмосфера, которая обуславливает его ценностные ориентации, поэтому важно, чтобы нравственная воспитательная система взаимодействовала со всеми компонентами школьной жизни: уроком, переменной, внеуроч-

ной деятельностью, пронизывала всю жизнь учащихся нравственным содержанием.

Исследуемая нами проблема нашла отражение в исследованиях таких философов античности, как Пифагор, Демокрит, Аристотель. В зарубежной литературе можно отметить работы Э. Фромма, А. Маслоу, К. Хорни, А. Адлер. В нашей стране этой проблемой занимались Л.Н. Толстой, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, Н.И. Болдырев, И.Ф. Харламов, И.С. Марьенко, Б.Т. Лихачев, Л.А. Попов, Л.Г. Григорович, И.П. Подласый, М.М. Гей, А.А. Горонидзе, А.А. Калюжный, Т.Ф. Лысенко и др.

Большую роль нравственному воспитанию отводил Генрих Песталоцци. Нравственное воспитание он считал главной задачей детского воспитательного учреждения. По его мнению, только оно формирует добродетельный характер и сочувственное отношение к людям.

Разрабатывая вопросы педагогики, нравственное воспитание немецкий педагог Иоганн Герbart выдвигал на первый план. Другое дело, что в соответствии с идеалами общества, в котором он жил, он вкладывал в понятие нравственного воспитания насаждения в детях покорности, дисциплины и безропотного подчинения авторитету власти.

Проблемы подготовки будущих учителей к нравственному воспитанию школьников освещают в своих работах ряд ученых (М.М. Гей, А.А. Горонидзе, А.А. Калюжный, Т.Ф. Лысенко и др.). Следующие исследователи, такие как Л.Н. Толстой, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский, Н.И. Болдырев, И.Ф. Харламов, И.С. Марьенко, а также Б.Т. Лихачев, Л.А. Попов, Л.Г. Григорович, И.П. Подласый и др., освещают в своих работах сущность основных понятий теории, содержание и методы нравственного воспитания.

Нравственное становление личности каждого человека происходит при включенности её в различные сферы социальной жизни, а особенно важными здесь являются семья, ближайший круг общения и школа. Именно здесь человек получает свои первоначальные знания о структуре взаимодействия в обществе, правилах его существования, а главное – перенимает от них те нормы и нравственные ценности, которые необходимы в данной среде, и становится ее полноценным членом.

Нравственное воспитание – непрерывный процесс, который начинается с рождения человека и продолжается всю жизнь и направлен на овладение людьми правилами и нормами поведения. Развитие нравственного сознания происходит через восприятие и осознание содержания воздействий, которые поступают от родителей и педагогов, окружающих людей через переработку этих воздействий в связи с нравственным опытом индивида, его взглядами и ценностными ориентациями. В сознании ребенка внешнее воздействие приобретает инди-

видуальное значение и таким образом формирует субъективное отношение к нему. В связи с этим формируются мотивы поведения, принятия решения и нравственный выбор ребенком собственных поступков. Направленность школьного воспитания и реальные поступки детей могут быть неадекватными, но смысл воспитания состоит в том, чтобы достигнуть соответствия между требованиями должного поведения и внутренней готовности к этому.

Уровень нравственного развития детей способствует успешному осуществлению учебной деятельности. Сама учебная деятельность, этическая направленность содержания, методов и организации учебного процесса являются основным источником и средством нравственного становления школьников. Преодоление учебных трудностей требует не только интеллектуального напряжения, но и нравственных усилий. В процессе обучения происходит развитие познавательной деятельности, восприятия, внимания, воображения, мышления, памяти. Это дает возможность воспитывать интерес у детей к явлениям общественной жизни.

Педагогика и психология зафиксировали, что в различные возрастные периоды существуют неодинаковые возможности для нравственного воспитания. Знания и учет достигнутого человеком в тот или иной период жизни помогают проектировать в воспитании его дальнейший рост. Нравственное развитие занимает ведущее место в формировании всесторонне развитой личности, оказывает огромное влияние на умственное развитие, трудовую подготовку, физическое развитие и воспитание эстетических чувств и интересов.

Каждый возрастной период характеризуется своими специфическими изменениями в психике, самосознании и саморазвитии, в различные возрастные периоды существуют неодинаковые возможности для нравственного воспитания, в связи с чем, работая над проблемами нравственного воспитания школьников, необходимо учитывать их возрастные и психологические особенности. Специфическая особенность школьного возраста состоит в том, что, с одной стороны, по уровню характера психического развития это типичная эпоха детства, с другой – перед нами растущий человек, в усложненной деятельности которого четко намечается направленность на новый характер общественных наблюдений. Ребенок школьного возраста реально вступает в новые формы взаимосвязей, общения, пытается осознать их характер, самоопределиваться.

Школьники в этот период начинают рассуждать об идеалах, будущем, приобретают новый, более глубокий и обобщенный взгляд на мир. Становление основ мировоззрения, начинающееся в этот период, тесно связано с интеллектуальным развитием: приобретается взрослая логика мышления, происходит дальнейшая интеллектуализация пси-

хических функций. Все факторы, обуславливающие нравственное становление и развитие личности подростка, можно разделить на три группы (И.С. Марьенко): природные (биологические), социальные и психолого-педагогические.

Во взаимодействии со средой и целенаправленными влияниями школьник социализируется, приобретает необходимый опыт нравственного поведения. На нравственное формирование личности оказывают воздействие многие социальные условия и биологические факторы, но решающую роль в этом процессе играют педагогические факторы, как наиболее управляемые, направленные на выработку определенного рода отношений. Рассматривая систему нравственного воспитания, следует различать следующие аспекты:

- осуществление согласованных воспитательных влияний учителя и ученического коллектива в решении определенных педагогических задач, а внутри класса – единство действий всех учащихся;

- использование приемов формирования учебной деятельности нравственным воспитанием;

- под системой нравственного воспитания понимается также взаимосвязь и взаимовлияние воспитываемых в данный момент моральных качеств у детей;

- систему нравственного воспитания следует усматривать и в последовательности развития тех или иных качеств личности по мере роста и умственного созревания детей.

Воспитание школьников предусматривает формирование гармонически развитой личности, а нравственное воспитание, благодаря широте влияния на личность, является его стержнем. Одна из главных задач – правильно организовать деятельность ребенка, так как именно в деятельности формируются нравственные качества, а возникающие отношения могут влиять на изменение целей и мотивов деятельности, что, в свою очередь, влияет на усвоение нравственных норм и ценностей организаций. Именно поэтому деятельность человека выступает и как критерий его нравственного развития, а, формируя нравственность, представления и мотивы поведения, систему моральных ценностей, духовные потребности, педагог вместе с тем влияет на все стороны личности и решает задачи умственного, трудового, эстетического воспитания. Таким образом, образовательная среда – это система влияний и условий формирования личности, а также возможностей для ее развития, содержащихся в социальном и пространственно-предметном окружении.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ

О.Н. Емельянова

Президентский перинатальный центр, Чебоксары, Россия

В английском языке понятия, относящиеся к полу, имеют две формы: секс (sex) – «пол» и гендер (gender) – «социальный пол». Соответственно, все особенности проявления гендерных различий обуславливаются, во-первых, динамикой развития человека, временной эпохой, а во-вторых, распространяются в гуманитарном направлении: этнокультурном, историческом, социальном, психологическом.

В настоящее время одной из зон внимания современных научных исследований является масштабная область изучения и анализа форм демонстрации молодежью собственного репродуктивного поведения. Однако следует отметить – часто молодежи бывает не до глубокого поведенческого анализа собственных проявлений в жизни, а о гендерных особенностях личного поведения многие вообще слабо задумываются. В работе нашего подросткового отделения мы вынуждены были соприкоснуться с фактами резко негативных молодежных проявлений по отношению к собственному здоровью. Отсюда возникает вопрос, как современные молодые люди осознают, где в их поведении раскрывается sex, а где – gender? Какие отношения наиболее ярко транслируются современной молодежью в социуме и где она активнее – в сексуальных или гендерных проявлениях?

В анкетировании, проведенном психологической службой подросткового отделения Президентского перинатального центра, приняли участие 179 учащихся общеобразовательных и профессиональных учебных заведений города г. Чебоксары обоего пола. Возрастной интервал: от 14 до 20 лет. Сбор данных проводился методом анонимного анкетирования по специально разработанным с участием гинекологов анкетам. Материалы обрабатывались с использованием программы Microsoft Excel.

Анализ результатов опроса показывает, что декларируемые и реальные проявления молодежи далеки от совпадения. Так, например, анкетированная молодежь полагает, что оптимальный возраст начала сексуального дебюта современных юношей и девушек находится на границе 17 лет. В действительности, личный опыт сексуального дебюта наступает у ряда молодых людей в 15 лет (76% от всех анкетированных юношей), у ряда девушек в 16 летнем возрасте (24% от всех обследуемых девушек). В ходе рассмотрения результатов было установ-

лено, что в интервале от 15 до 17 лет соотношение мужского и женского сексуального дебюта следует рассматривать как 3:1. Следует заметить, что 17% молодых людей, вступающих в интимные связи, имеют отношения с малознакомыми или незнакомыми людьми. Использование различных видов контрацепции подтверждают 40% опрошенных (68% юношей и 25% девушек).

Говоря о включенности родителей в вопросы полового воспитания, следует заметить, что выявлена следующая закономерность в ответах молодых людей: 70% юношей и девушек заявляют о несовпадении личных взглядов и принципов на сексуальные отношения с родительскими представлениями, а 86% молодежи отказывается обсуждать свою сексуальную жизнь с родителями. Возникает вопрос, какие модели поведения станут транслировать в собственных семьях нынешние молодые люди?

Ниже описан рейтинг убывания наиболее благоприятных источников получения информации по вопросам сексуального характера: на первом месте – беседы со сверстниками, на втором – личный опыт и литература, консультации у специалистов стоят на третьей позиции, на четвертом – сексуальный партнер, на пятом – учебный курс в образовательных заведениях, а беседы с родителями опускаются на шестую позицию.

В ходе исследования установлено, что типично мужские черты у опрошенных связаны с такими характеристиками, как мужественность, энергичность, ум, ответственность (61% ответов у лиц обоего пола), т.е. преобладает стандартный гендерный взгляд на мужчин. Тем не менее, в женских характеристиках присутствует скорее мужская типизация проявлений: «настоящая женщина» – дама активная, самостоятельная, уверенная в себе, с легким налетом агрессивности (42% ответов у лиц обоего пола), т.е. тенденция к увеличению доли маскулиных черт в образе современной женщины.

Также необходимо обозначить, что молодые люди в 66% ответов делают выбор в пользу семьи и детей как главной жизненной ценности и 76% юношей и девушек предпочитают иметь теплые взаимоотношения в семье как главную ценность в супружеских отношениях.

Итак, гендерная специфика в репродуктивном поведении молодежи прослеживается в особенностях восприятия женского образа, а также в более раннем реальном возрасте сексуального дебюта у юношей и использовании ими контрацептивов. Система ценностей, роль семьи и сверстников в половом воспитании не имеют гендерных различий.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.В. Куликов

*Научный центр психического здоровья РАМН,
Москва, Россия*

В исследование, проведенном в Научном центре психического здоровья РАМН (директор – академик РАМН, профессор А.С. Тиганов), было включено 60 детей и подростков в возрасте от 5 до 16 лет, страдающих эндогенными заболеваниями (шизофрения, аффективное заболевание) с наличием в клинической картине сочетаний различных форм суицидального поведения.

В ходе изучения пациентов выявлены следующие формы суицидального поведения – самоповреждения, антивитаальные высказывания, суицидальные мысли, суицидальные высказывания, демонстративные суицидальные действия и суицидальные попытки. Здесь необходимо отметить, что, по данным А.Г. Амбрумовой и Л.Я. Жезловой (1978), в связи с недостаточно адекватной оценкой детьми и подростками последствий аутоагрессивных действий вследствие несформированности представления о необратимости смерти, целесообразно рассматривать все виды аутоагрессии в этом возрасте как разновидности суицидального поведения.

У обследованных больных выявлялись обычно следующие самоповреждения: дети и подростки бились головой о стену, об пол, били себя по голове, щекам, по всему телу, кусали себе руку, рвали на своей голове волосы, щипали себя, реже – наносили самопорезы, царапины в области предплечий. Средний возраст к появлению самоповреждений составил $(10,2 + 4,3)$ года ($n = 21$, 35% больных).

Для объективности получаемых данных у родственников, так как больные часто не делились с родными своими мыслями и переживаниями, выяснялось время появления у больных антивитаальных высказываний. Среди высказываний преобладали следующие: «зачем такая жизнь», «тяжело жить», «не хочется жить», «не нравится такая жизнь», «не любите, не понимаете меня, зачем я живу, лучше, чтобы меня не было», «всё бессмысленно, жить не хочется», «зачем меня родила», «жить тяжело, никто не принимает, не понимает», «никому не нужна, зачем живу». Высказывания подобного рода выявлялись в анамнезе не всех больных, средний возраст к их появлению был равен $(10,4 \pm 3,6)$ года ($n = 30$, 50% больных).

Наличие суицидальных мыслей и возраст их появления выяснялись в беседе с больным. Важным и необходимым являлся сбор субъективного анамнеза у детей и подростков, которые о своём суицидальном поведении часто могли рассказать значительно больше, нежели родители, в ряде случаев пребывавшие в неведении относительно даже совершённых их детьми суицидальных попыток.

Необходимо отметить, что иногда пациенты скрывали наличие суицидальных мыслей и даже негативно реагировали на вопросы врача. В этих случаях больные заполняли шкалу депрессии Бека, где ответы были обычно откровенными. При стабилизации психического состояния пациентов проводилось повторное психопатологическое обследование.

Время появления суицидальных мыслей обычно совпадало с ухудшением психического состояния пациентов и возникновением психотравмирующих событий. Средний возраст к появлению суицидальных мыслей составил $(10,3 \pm 2,9)$ года ($n = 60$, 100% больных).

Суицидальные высказывания выявлялись у большинства пациентов. Больные говорили родным о желании умереть: «хочу покончить с собой», «лучше сброшусь или напьюсь таблеток и прекращу твои и свои страдания», «всё достало, я повешусь», «если будет невоготу, то выход есть», «не буду жить, причинять вам боль», «замучил вас, хочу умереть», «не любите, лучше убью себя, вам будет легче», «не справлюсь со своими проблемами, легче чикнуть по венам, смотрите, как я нож наточил», «залезть бы и спрыгнуть с высоты», «лучше повешусь». Иногда больные в агитированном состоянии требовали у родителей убить их, в других случаях дети и подростки угрожали самоубийством: «повешусь», «выпрыгну из окна», «вскрою вены», «зарезусь», «отравлюсь» и т.п.

Внимание уделялось и изучению времени появления суицидальных высказываний относительно времени развития суицидальных попыток, и всегда ли совершение суицидальной попытки предвлялось высказыванием суицидальных мыслей или угроз.

Следует отметить, что суицидальные высказывания не всегда присутствовали в период до совершения больным суицидальных действий, нередко они появлялись только на фоне, а также после совершения суицидальных действий или не появлялись вообще.

Так, среди 35 больных, совершивших суицидальные попытки, только у 17 (49%) человек суицидальные высказывания выявлялись в период до совершения суицидальной попытки. Неединичными были случаи, когда родители даже не знали о совершённых детьми суицидальных попытках и длительно существующих суицидальных мыслях. Немаловажную роль при этом играло формальное или неправильное отношение родителей к своим детям, в результате чего больные не

считали возможным и нужным делиться с родителями своими переживаниями, либо эти переживания оставались без должного внимания.

В обследованной нами группе больных средний возраст к появлению суицидальных высказываний составил ($10,6 \pm 3,1$) года ($n = 49$, 82% больных). Демонстративные суицидальные действия в большинстве случаев возникали неоднократно и повторялись в схожих ситуациях. Дети и подростки в этих случаях в присутствии родных угрожали «зарезаться», «выпрыгнуть из окна», подносили к телу нож или ножницы, наносили поверхностные порезы или расцарапывали кожные покровы, подходили к окну, пытались душить себя, могли демонстративно сидеть на перилах балкона, свесив ноги вниз или ходить перед родителями с верёвкой, высказывая суицидальные мысли.

Вышеописанные действия относились в данной работе к демонстративным суицидальным действиям (жестам) вследствие того, что совершались всегда в присутствии родных, больные не стремились реализовать суицидальные угрозы, мотив действий был гетероагрессивным, а формой суицидального поведения по личностному смыслу в соответствии с типологией В.А. Тихоненко (1978) обычно был «протест», таким образом, смерть, хотя и не была невозможна, не являлась самоцелью.

Средний возраст к появлению демонстративных суицидальных действий составил ($10,8 \pm 3,6$) года ($n = 21$, 35% больных). Средний возраст к совершению первой суицидальной попытки составил ($12,3 \pm 2,3$) года ($n = 35$, 58% больных). Наиболее частыми способами реализации суицидальных намерений были попытки (всего с данными катамнеза 66 случаев, 100%) отравиться лекарственными препаратами (обычно психотропными или антигипертензивными) – 25,7% и иными химическими веществами (ртутью, «марганцовкой», раствором стирального порошка, наркотиком, слезоточивым газом) – 15%, а также попытки выбраться с высоты (последние были прерванными, т.е. родственники удерживали больных) – 28,7%. Реже отмечались самоповешение или самоасфиксия – 11%, повреждение вен – 9%, автотравма – 3%, электротравма – 3%, введение инородного тела (заглатывание стекла, трансдермальное введение игл) – 3%, утопление – 1%. В заключение можно отметить, что суицидальная попытка, совершённая больным, нередко становилась весомым аргументом детей и подростков в попытке диалога со своей семьёй, мотивировала родителей детей и подростков на обращение за психиатрической помощью.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М., 1978. 13 с.
2. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. Т. 82. С. 59-73.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САМООЦЕНКИ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ*

Н.А. Польская, А.А. Маслова, М.С. Косороткина

*Саратовский государственный университет
им. Н.Г. Чернышевского, Саратов, Россия*

*Академия повышения квалификации и профессиональной
переподготовки работников образования, Москва, Россия*

Аутоагрессивное поведение, объединяющее действия, связанные с суицидальными намерениями, а также с членовредительством и поверхностными самоповреждениями находится в фокусе многих исследований, направленных на изучение психологических детерминант и коррелятов данной формы поведения.

Нами было проведено исследование группы подростков ($n = 35$, из них 23 девушки и 13 юношей) в возрасте 15-17 лет, имеющих клинически зафиксированные факты суицидальных попыток или аутоагрессии в форме поверхностных самоповреждений. В качестве группы сравнения выступала выборка учащихся старших классов общеобразовательной школы и студентов ($n = 35$, из них 20 девушек и 15 юношей) в возрасте 15-18 лет.

Исходя из гипотезы, что аутоагрессивное поведение поддерживается высокими требованиями к себе, низкой самооценкой и дисфункциональной я-концепцией в целом, были выбраны следующие методики: 1) опросник диспозициональных форм я-внимания (Merz J., 1986; Кондаков И.М., 1997); 2) шкала самооценки Heatherton T.F., Polivy, 1991, в переводе Разваляевой А.Ю., 2008); 3) многомерная шкала перфекционизма (Hewitt P.L., Flett G.L., 1991, Грачева И.И., 2003); 4) в качестве дополнительной использовалась известная шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина.

На основе результатов опросника диспозициональных форм я-внимания определялись показатели по трем шкалам: общественное я-внимание, социальный страх и персональное я-внимание. С помощью шкалы самооценки определялись факторы: оценка действий, социальное самоуважение и оценка внешности. Измерение перфекционизма производилось по следующим параметрам: перфекционизм, ориентированный на себя, перфекционизм, ориентированный на других и социально предписанный перфекционизм.

* Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, грант № 10-06-00511а.

Статистический анализ (SPSS-14 for Windows) включал в себя частотные таблицы, описательные статистики, непараметрические критерии (критерий Манна-Уитни) и корреляционный анализ (коэффициент Спирмена).

Результаты исследования

Согласно результатам, полученным по опроснику диспозиционных форм я-внимания и шкале-самооценке, показатели в группе подростков с аутоагрессивным поведением оказались ниже по шкалам «персональное я-внимание», «оценка действий», «социальное самоуважение» и «оценка внешности». Однако статистически достоверные различия между группами, согласно критерию Манна-Уитни, были получены только по шкалам «оценка действий» (283,5, при $p = 0,01$), «социальное самоуважение» (274,1, при $p = 0,009$).

По шкале перфекционизма в группе аутоагрессивных подростков у 18 респондентов (51,4%) были выявлены высокие показатели по шкале «перфекционизм, ориентированный на себя», а у 10 (28,6%) – высокий уровень по шкале «социально предписанный перфекционизм». В группе сравнения все показатели перфекционизма оказались ниже. Достоверные различия между группами были получены по шкале «перфекционизм, ориентированный на себя» (383,5, при $p = 0,01$).

Статистически достоверных различий между группами по показателям личностной и реактивной тревожности выявить не удалось. И в экспериментальной выборке, и в группе сравнения эти показатели оказались выше средних: в группе аутоагрессивных подростков личностная тревожность – от 38 (минимальное значение) до 49 (максимальное значение) баллов; в группе сравнения личностная тревожность – от 30 (минимальное значение) до 45 баллов (максимальное значение). Уровень реактивной тревожности в обеих группах был также с тенденцией к высокому.

Коэффициент Спирмена использовался для выявления взаимосвязей между показателями в исследуемых выборках. В группе аутоагрессивных подростков были выявлены корреляции между следующими показателями: «персональное я-внимание» и «оценка внешности» (0,51, при $p \leq 0,01$); «социальное самоуважение» и «личностная тревожность» (-0,38, при $p \leq 0,05$); «перфекционизм, ориентированный на себя» и «социальное самоуважение» (-0,54, при $p \leq 0,05$); «общественное я-внимание» и «социальное самоуважение» (-0,52, при $p \leq 0,05$); «социальный страх» и «социальное самоуважение» (-0,48, при $p \leq 0,05$).

В группе сравнения были выявлены корреляции между «персональное я-внимание» и «оценка внешности» (0,61, при $p \leq 0,05$); «социальное самоуважение» и «реактивная тревожность» (-0,27, при $p \leq 0,05$); «перфекционизм, ориентированный на себя» и «социальное самоуважение» (0,44, при $p \leq 0,05$); «перфекционизм, ориентированный на других» и «социальное самоуважение» (0,37, при $p \leq 0,01$).

Выводы

1. Повышенные показатели перфекционизма в группе аутоагрессивных подростков свидетельствуют о высокой требовательности к себе, низком уровне адаптации, переживании фрустрации из-за субъективно оцениваемого несоответствия собственной личности социальным стандартам и требованиям. Кроме того, дезадаптирующим фактором выступает и высокая требовательность в отношении поведения других людей, что влечет за собой напряженность в межличностных отношениях и коммуникативные барьеры.

2. Перфекционистская требовательность связана с низким уровнем самооценки и дисфункциональностью я-концепции в целом. Дисфункциональность я-концепции проявляется в том, что личность, ориентированная на нереалистично высокие и недостижимые стандарты, фрустрирована невозможностью быть «идеальной», следствием чего является устойчивая, личностная тревожность, самоизоляция в социальных контактах, низкая самооценка и социальный страх. С другой стороны, перфекционистские ожидания в отношении других людей усугубляют изоляцию и отчуждение аутоагрессивной личности.

3. Выявленные статистически значимые отличия между аутоагрессивными подростками и группой сравнения указывают на важные личностные компоненты аутоагрессивного поведения: низкий уровень социального самоуважения и низкий уровень оценки собственной активности, которые могут быть рассмотрены более широко в качестве психологических детерминант готовности личности к аутоагрессивным действиям.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Н.А. Свешникова

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

Применение новейших технологий в медицине, таких как экстракорпоральное оплодотворение, пролонгированная патологическая беременность и реанимация новорожденных, обуславливают высокую актуальность проблемы здоровья недоношенных младенцев, рожденных с очень низкой массой тела, так как они составляют группу риска по нарушению психомоторного развития с дальнейшими трудностями социально-психологической адаптации. Актуальность данной работы обусловлена отсутствием точного знания о закономерностях психомоторного развития маловесных детей, в то же время это знание необхо-

димо для разработки и своевременного осуществления коррекции выявленных нарушений и повышения адаптации недоношенных детей.

Целью настоящего исследования явилось описание закономерностей психомоторного развития недоношенных детей, рожденных с очень низкой массой тела, и составление рекомендаций по клинико-психологическому сопровождению таких детей в течение первого года жизни.

Исследование проводилось на базе Детской городской клинической больницы № 1 г. Самары в стационаре дневного пребывания для детей с последствиями перинатальной патологии с помощью методик:

- шкалы КАТ/КЛИАМС (CAT/CLAMS – The Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scales, 1987);

- шкалы психомоторного развития Гриффитс (The Griffiths' Mental Development Scales, 1954);

- шкалы нервно-психического развития младенцев Бейли 2 редакции (Bayley Scales of Infant Development Second edition (BSID), 1969).

В результате проведенного исследования были получены следующие данные. Уровни речевого развития и развития познавательной деятельности у недоношенных детей, рожденных с очень низкой массой тела, находятся в пределах нормы для их скорректированного возраста в течение всего первого года жизни. При этом развитие познавательной деятельности младенцев несколько отстает от речевого развития. Моторное развитие маловесных младенцев в первые 7 месяцев жизни характеризуется значительным отставанием от нормативов для скорректированного возраста; во втором полугодии жизни развитие моторики достигает нижней границы нормы, а полное соответствие скорректированным нормативам наступает с 14 месяцев хронологического возраста. В развитии детей, рожденных с очень низкой массой тела, имеются следующие закономерности:

- наличие асинхронии психомоторного развития в течение всего первого года жизни, проявляющейся в значительном отставании моторного развития от психического, соответствующего норме с учетом скорректированного возраста.

- наличие периода крайне медленного прироста моторных навыков, т.е. моторного «плато» с 5-го по 7-й месяц жизни включительно;

- резкое повышение уровня моторного развития недоношенных детей с 8-го месяца жизни;

- ступенчатый характер развития моторики с 8-го по 14-й месяц жизни.

Выявленные закономерности психомоторного развития обусловили необходимость целенаправленной коррекции моторного развития недоношенных младенцев, рожденных с очень низкой массой тела, для повышения их адаптивных возможностей. Программа коррекции включает два основных блока.

1. *Коррекционное воздействие на младенцев*

Наличие сенсорной депривации у глубоко недоношенных младенцев обуславливает необходимость применения заместительной афферентной стимуляции, создания особого сенсорного окружения уже с первых дней жизни. В отделениях интенсивной терапии во время пребывания ребенка в кувезе рекомендовано использовать *аудиальную стимуляцию* (включать детям для прослушивания аудиозаписи звука сердцебиения и голоса матери); *зрительную стимуляцию* (использовать яркие носочки, шапочки и игрушки).

В ходе дальнейшего развития, когда повышенный мышечный тонус недоношенных детей препятствует их самостоятельному изучению мира через кожно-кинестетический анализатор, рекомендовано применять *кожно-кинестетическую стимуляцию*. Можно давать ребенку непосредственно в руки ткани и предметы с самыми разными характеристиками поверхности, структуры, величины, формы, массы, температуры, цвета и т.д., сопровождая каждый новый предмет эмоциональным рассказом ребенку о тех ощущениях, которые вызывает предмет, и называнием качеств предмета. Кроме того, рекомендовано сделать тканевые мешочки, наполнить их разной крупой и также давать в руки ребенку. С самого раннего возраста можно проводить пальчиковую гимнастику с младенцем. Все вышеперечисленное будет способствовать сенсомоторному развитию и благоприятно сказываться на речевом развитии недоношенного младенца.

Кроме вышеперечисленного для тактильно-кинестетической стимуляции рекомендовано использовать метод «кенгуру» (способ выхаживания недоношенных детей, при котором максимально задействован физический контакт «кожа к коже» малыша и матери). Его использование ускоряет адаптацию детей к окружающему миру, имитирует внутриутробные условия, создает ощущение безопасности.

2. *Просветительская работа с родителями*

Профилактические мероприятия основаны на привлечении близких взрослых и медицинского персонала и заключаются в следующем:

а) в создании и укреплении эмоциональных связей близких взрослых с детьми; обогащении и переработке эмоционального опыта родителей и медицинского персонала;

б) повышении информированности близких взрослых и медицинского персонала относительно особенностей психомоторного развития недоношенных детей;

в) повышении компетентности близких взрослых в вопросах самостоятельного использования коррекционно-развивающих игр и упражнений.

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

ОСОБЕННОСТИ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

И.Р. Абитов

*Институт педагогики и психологии профессионального
образования, Казань, Россия*

Одними из наиболее стрессогенных являются профессии, связанные с высокой ответственностью и интенсивными контактами с клиентами. К таким профессиям, в частности, можно отнести профессии специалиста по социальной работе и врача. Адаптация к данным профессиям предъявляет особые требования к «картине мира» профессионала – устойчивым представлениям о себе и окружающем мире. По мнению М.А. Падун и А.В. Котельниковой, категорию «картина мира» можно операционализировать через понятие «базисные убеждения». Согласно С. Эпштейну конструкторы, которые формируются в результате процесса генерализации личностью эмоционально значимого опыта при взаимодействии с окружающим миром и проявляются в поведении человека автоматически, предшествуя по времени произвольным рациональным процессам, называются имплицитными, или базисными (по Р. Янофф-Бульман) убеждениями (Падун, Котельникова, 2012).

Целью нашего исследования является выявление особенностей базисных убеждений у студентов медицинского вуза.

В исследовании принимали участие студенты 2-го курса очного отделения, обучающиеся по специальностям «Социальная работа» (23 респондента) и «Медико-профилактическое дело» (67 респондентов) в Казанском государственном медицинском университете. Общая выборка исследования составляет 90 респондентов. При проведении исследования использовалась методика опросника «Шкала базисных убеждений» (Р. Янофф-Бульман, адаптация М.А. Падун и А.В. Котельниковой) (Падун, Котельникова, 2012).

В обеих исследуемых группах наблюдаются высокие по сравнению с тестовыми нормами значения убеждения в собственной везучести, удачливости (9 стенов у студентов факультета социальной работы и 8 стенов у студентов медико-профилактического факультета). Испытуемые обеих групп убеждены, что судьба, случай или провидение на

их стороне и им всегда сопутствует удача, для достижения успеха не нужно прилагать серьёзных усилий. Это может быть связано с особенностями юношеского возраста, в котором находятся испытуемые. Данное убеждение даёт возможность экспериментировать с профессиональным и личностным самоопределением, снижает тревогу по поводу возможных неудач. Значения убеждений о доброжелательности и справедливости мира, о себе и о своей способности контролировать свою жизнь в исследуемых группах находятся в пределах тестовых норм. При использовании *t*-критерия Стьюдента достоверных различий между исследуемыми группами выявлено не было.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВРЕМЕННОМ ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

О.В. Алексеева

МБДОУ №176, Чебоксары, Россия

Стремительное развитие информационного общества, появление и широкое распространение технологий мультимедиа, электронных информационных ресурсов, сетевых технологий позволяют использовать информационные технологии (ИКТ) в качестве средства обучения, общения, воспитания, интеграции в мировое пространство. Совокупность традиционных и информационных направлений внедрения информационных технологий в образование создает предпосылки для реализации новой интегрированной концепции применения ИКТ и заключается в личностно-ориентированном развитии всех участников педагогического процесса: воспитанников, педагогов, родителей. Это становится возможным только при условии комплексного воздействия информационных технологий на всех субъектов педагогической системы.

Научно-технический прогресс диктует новые требования к содержанию и организации образовательного процесса. Появляются новые технологии и средства информации, которые активно поступают в российские образовательные учреждения.

Существует ли практический опыт применения информационных технологий в дошкольных учреждениях? Да, такой опыт существует, однако он, не всегда однозначный по результатам. Например, известно, что в Японии информационные технологии повсеместно используются в дошкольном и начальном образовании, начиная с 1993 г. Первоначально в японских детских садах компьютеры были установлены прямо в помещениях, где постоянно находились дошкольники, и дети имели свободный доступ к электронным материалам. Этот вариант был признан японскими специалистами неудачным в связи с от-

сутствием желаемого эффекта и высокой вероятностью негативного влияния электромагнитных полей на здоровье детей. Выход был найден в организованной и целенаправленной воспитательной работе, где информационные технологии играют роль средства достижения целей дошкольного образования.

Как педагогическая наука предлагает организовать применение современных информационных технологий в дошкольном образовании? Б.С. Гершунский одним из первых указывал на то, что в дошкольном воспитании следует использовать преимущественно компьютерные игры. А С. Пейперт разработал компьютерные LOGO-миры именно для дошкольников. Эти учёные руководствовались положениями теории умственного развития Ж. Пиаже, который называл период дошкольного детства фазой «преддействия». Считается, что в это время особое внимание следует уделять развитию концентрации внимания, восприятия количества, мелких мышц руки и познавательной мотивации.

Педагог, который ведет просветительскую работу с использованием мультимедиапроектора, компьютера, имеет выход в Интернет, обладает качественным преимуществом перед коллегой, действующим только в рамках традиционных технологий. Владение ИКТ позволяет увеличить объем информации по содержанию образовательной деятельности и методическим вопросам благодаря данным, имеющимся на электронных носителях и в сети Интернет. Внедрение новых информационных и коммуникационных технологий на базе сети Интернет в настоящее время является одним из важнейших резервов повышения эффективности непрерывного образования и самообразования педагогических работников.

С точки зрения И.С. Кона, самообразование представляет собой творческую работу «по развитию своей личности, расширению эрудиции, углублению миропонимания. Оно является важной составляющей творческо-преобразовательной, духовной деятельности человека, один из механизмов превращения репродуктивной деятельности в продуктивную».

Особая ценность самообразования – в самостоятельном поисковом размышлении, свободном усвоении свободно избранной области знания. Источниками этих знаний, согласно мнению И.С. Кона, могут являться телевидение, газеты, журналы, литература (методическая, научно-популярная, публицистическая, художественная и др.), видео-, аудиоинформация на различных носителях, платные курсы, семинары и конференции, мастер-классы, мероприятия по обмену опытом, экскурсии, театры, выставки, музеи, концерты, курсы повышения квалификации, путешествия, Интернет.

Все представленные источники делятся на источники знаний, способствующие личностному росту, и источники, способствующие профессиональному росту, и могут способствовать и тому, и другому одновременно. Когда идет речь о самообразовании, то имеется в виду не только чтение специальных профессиональных статей и книг, а также изучение широкого круга гуманитарных тем в области психологии, педагогики, философии, искусства, художественной литературы, социальной публицистики, а также посещение лекций, семинаров, курсов, взаимодействие с информационными сетями и т.п. При этом самообразование становится одним из перспективных видов деятельности педагога в условиях динамичных экономических, социальных и культурных изменений общества.

Современным и решающим фактором успеха для педагога становится в настоящее время непрерывное, качественное профессиональное развитие средствами информационных технологий. При этом важно, чтобы профессиональное развитие не превратилось для педагога в дополнительную нагрузку, с которой приходится мириться. Интернет может способствовать профессиональному развитию и обеспечивает доступ к огромному хранилищу информации.

Для формирования связей внутри педагогического сообщества сегодня активно используются возможности Интернет. Цели у педагогов в этом направлении могут быть различными: часть из них заинтересована в организации переписки со своими коллегами с целью обмена опытом, другая хочет принять участие в открытом обсуждении новейших тенденций в области образования, а некоторые – вместо традиционных программ работать по оригинальным исследовательским проектам, основой которых будет совместное решение научных проблем, а инструментом обмена – электронная почта, телеконференции.

При таком общении у педагогов формируется:

- а) чувство ответственности за собственные достижения;
- б) желание постоянного поиска лучших методов и идей, что является основой профессионализма современного педагога.

Профессиональный рост обычно занимает много времени и требует множества встреч с коллегами. Интернет дает возможность более эффективно использовать как время, так и профессиональные ресурсы, это новый способ совместного использования информации с возможностью диалога между людьми независимо от того, где они находятся и каково расписание их работы. Все, подключенные к сети Интернет, имеют доступ к одной и той же информации и могут принимать более продуманные решения при разработке программ, обсуждении результатов, рассмотрении региональных и федеральных проектов и постановлений.

В настоящее время совершенно ясно, что современный мир становится все более зависимым от информационных технологий, и будущее неизбежно потребует от сегодняшних педагогов большого запаса разнообразных знаний, включая и знания технологий, использование которых в современном дошкольном образовании не только целесообразно, но и актуально и позволит достичь одной из целей, которую ставит перед педагогами «Концепция модернизации образования» – подготовить разносторонне развитую личность, поскольку знания и навыки, полученные в процессе образования, лежат в основе всех видов деятельности, определяют их направленность, темпы развития и полезность в современном обществе.

ПРЕПОДАВАНИЕ ЭЛЕКТИВНОГО КУРСА НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ КАК ФОРМА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ

Л.Е. Беляева, А.В. Деревяго

*Витебский государственный медицинский университет,
Витебск, Беларусь*

При обучении в высшем учебном заведении студент должен набрать определенное количество часов по прослушанным им элективным курсам. Элективный курс представляет собой одну из форм учебной работы, самостоятельно избираемую студентом из общего списка элективных курсов, предлагаемых соответствующим факультетом или кафедрой высшего учебного заведения [1].

Целью работы, во-первых, было выяснение мотивации студентов, которой они руководствуются при выборе элективного курса, и, во-вторых, исследование того, насколько реализуется процесс формирования социальных компетенций у студентов при изучении ими элективного курса «Патофизиологические аспекты влияния пищевых продуктов на здоровье человека».

Элективный курс «Патофизиологические аспекты влияния пищевых продуктов на здоровье человека» был предложен для изучения студентам III-VI курсов лечебного факультета впервые в 2010-2011 учебном году, и его преподавание продолжается до настоящего времени. В течение двух лет этот курс прослушали 46 студентов III-VI курсов лечебного факультета. Программа элективного курса включала в себя 18 часов лекционных занятий с последующим выставлением зачета в зачетную книжку.

Во время последнего занятия было проведено анонимное анкетирование студентов. Студентам было также предложено указать их пожелания по улучшению качества преподавания элективного курса «Патофизиологические аспекты влияния пищевых продуктов на здоровье человека». Среди высказанных пожеланий наиболее часто встречались следующие: 1) увеличить количество часов, предусмотренных для изучения настоящего элективного курса; 2) уделять больше внимания вопросам диетологии; 3) при изложении учебного материала использовать мультимедийные презентации.

Элективный курс «Патофизиологические аспекты влияния пищевых продуктов на здоровье человека» требует интеграции знаний, полученных студентами при изучении курсов общей и клинической биохимии, нормальной физиологии, патофизиологии, а также общей гигиены и экологии. Данный курс предполагает получение студентами не только теоретической информации, но и практических рекомендаций по вопросам употребления «функциональной пищи», что имеет большое значение в формировании прослойки лиц, обладающих элементами «культуры питания» в обществе.

По результатам анкетирования студентов при завершении изучения ими элективного курса «Патофизиологические аспекты влияния пищевых продуктов на здоровье человека» выяснилось, что для всех респондентов элективный курс является способом повысить уровень своего образования, а вовсе не тяжелой повинностью или необходимостью для получения допуска к экзаменационной сессии. При выборе элективного курса студенты руководствовались как личной заинтересованностью тематикой курса, так и личностью преподавателя, проводящего занятия. Три четверти студентов были полностью удовлетворены качеством преподавания выбранного электива, 25% – частично. Для четверти респондентов информация, полученная в процессе изучения элективного курса, имеет важное теоретическое и практическое значение, остальные студенты собираются использовать эту информацию в повседневной жизни и в своей практической деятельности. При оценке новизны полученной при изучении элективного курса информации половина студентов отметили, что ранее они не встречались с такой информацией, для другой половины новой была только часть материала. Наиболее предпочтительной формой изложения элективного курса «Патофизиологические аспекты влияния пищевых продуктов на здоровье человека» анкетлируемые назвали устные лекции (50% опрошенных), на втором и третьем месте расположились соответственно лекции с использованием мультимедийных презентаций и семинарские занятия. Объем курса в размере 18 часов большинству респондентов показался недостаточным. Почти все студенты (93,7%) оценили качество преподавания выбранного элективного курса на 9-10 баллов.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы: 1) студенты выбирают тот или иной элективный курс осознанно; 2) наличие четкой мотивации к обучению способствует дальнейшему развитию академических, профессиональных и социальных компетенций.

Литература

1. Основы педагогики: учеб. пособие / А.И. Жук [и соавт.]. Мн., 2003. 206 с.
2. Горенков Е.М. Инновационный потенциал устойчивого развития выпускника вуза // Высшее образование сегодня. 2010. № 7. С. 75-79.

РУКОВОДИТЕЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И КОНТАКТНАЯ ГРУППА

Г.Г. Вербина

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Российское образование вступило в новый этап развития, вызванный сменой системы ценностей и социальных приоритетов. Современные условия общественной жизни предъявляют особые требования не только к образовательным учреждениям, но и к личности руководителя. Сложность и неоднозначность происходящих в обществе перемен объективно ставят руководителя перед необходимостью ценностного самоопределения. Становление класса современных руководителей образовательных учреждений связано с появлением социальной группы людей, ориентированных на инициативную деятельность, способных нести ответственность за результаты и последствия своей деятельности. Эта группа, инновационная сама по себе – с определенной системой ценностей и мотиваций.

Рекомендуя «...рассматривать личность как новое качество индивида, порождаемое движением системы объективных общественных отношений, в которое вовлекается его деятельность», А.Н. Леонтьев подчеркивал, что личность – не результат преобразования человека под внешними воздействиями, но продукт деятельности самого человека, «...то, что человек делает из себя, утверждая свою человеческую жизнь. Он утверждает ее и в повседневных делах и общениях, и в людях, которым он передает частицу себя (А.Н. Леонтьев). Можно считать показательным, что еще А.Н. Леонтьев выделил в качестве важного момента в становлении личности момент ее влияния на другие личности, отражения в них в контексте активного созидания человеком собственной личности.

Абстракт общественных отношений, выступающих базисом существования и развития личности руководителя, конкретизируется в рамках реально функционирующих контактных групп, в которых не-

посредственно протекает профессиональная деятельность руководителя. Высокоразвитая группа обеспечивает наиболее комфортные условия развития личности, удовлетворение потребности быть личностью носит в высокообразованной группе взаимный характер. В контактной группе, членом которой он актуально является, человек на основе механизмов социальной перцепции, в частности, социально-психологической рефлексии, выявляет личностные качества – как присущие ему, так и те, которыми хочется или не хочется обладать. Выявив, пытается их подтвердить, опровергнуть, приобрести, развить через различные межличностные взаимодействия, направленные на получение обратной связи от окружающих, отражение в их личностных структурах.

Подобно тому, как нельзя, будучи членом общества, не зависеть от общества, практически невозможно быть членом контактной группы и, одновременно, быть независимым от нее. Ситуация принадлежности к группе, вероятно, актуализирует потребность быть личностью, в частности, можно предположить, что необходимость строить и быть включенным в межличностные отношения требует от руководителя межличностного взаимодействия – самопрезентации другим членам межличностного взаимодействия как личности и, одновременно, демонстрации отношения к другим участникам межличностного взаимодействия как к личностям.

Таким образом, включенность в общественные отношения не только опосредствует удовлетворение потребностей различного уровня, руководитель интериоризирует их, в свернутой форме интегрируя в собственную личностную структуру. За счет контактности, включенности в систему межличностных отношений, необходимость адаптироваться к группе, индивидуализироваться в ней, руководитель удовлетворяет собственную потребность быть личностью, реально развиваясь как личность.

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ В ПРАКТИКУ РАБОТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО- РАЗВИВАЮЩЕГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Н.В. Григорьева, С.А. Петунова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Интегрированное обучение – совместное обучение лиц, имеющих физические и (или) психические недостатки с нормально развивающимися сверстниками в общеобразовательном учреждении, с использованием специальных средств, методов, разнообразных форм и при участии специально подготовленных педагогов-специалистов, в ходе

которого все участники данного обучения достигают наиболее полного прогресса в социальном развитии.

Интеграция детей с нарушениями в развитии в общество является актуальной проблемой, поскольку имеющийся дефект в развитии приводит к трудностям взаимодействия с нормально развивающимися сверстниками, посещение специальных дошкольных учреждений, где объединяются дети со схожими проблемами, приводит к нарушению их связей с социумом, культурой как источником развития. В результате в будущем такой ребенок будет не в состоянии воспринять социальные нормы и требования и как следствие – может привести к его несоциализации. Следовательно, одной из задач общества является внедрение такого образования, которое бы позволило включить особым детям в группу здоровых сверстников, а вторых, в свою очередь, – научить принимать людей с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, в современной социально-экономической ситуации вопросы социальной адаптации детей с нарушениями в развитии (соответственно, с особыми образовательными потребностями, в частности, важна их социальная компетентность, наряду с профессиональными умениями определяющая возможность трудоустройства) приобретают особую актуальность. Формирование социальной адаптации таких детей должно начинаться еще с дошкольного возраста. Таким образом, инновационную модель интегрированного обучения мы предлагаем внедрять начиная как можно раньше – с раннего возраста, когда социальные установки еще не сформированы.

Изучением данной проблемы занимались следующие ученые: С.М. Гапеев, Г.Д. Глейзер, В.А. Караковский, В.С. Леднёв, Н.Н. Малофеев, М.М. Маркович, Т.С. Новикова, Ю.А. Разенкова, Г.Ф. Федоренко, Н.Д. Шматко [1, 2, 3, 4].

Анализ литературных источников по данной теме позволил выделить модели интеграции в воспитательно-образовательном процессе. Рассмотрим их подробнее.

1. *Постоянная полная интеграция* может быть эффективна для ребенка с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья), уровень психофизического и речевого развития которого близок к возрастной норме. Он на равных воспитывается и обучается в массовой дошкольной группе или классе. Специальная коррекционная помощь интегрированному ребенку оказывается специалистами:

- работающими в специальных группах или классах данного учреждения, а также в группах кратковременного пребывания;
- различных реабилитационных центров и др.

2. *Постоянная частичная интеграция* возможна для ребёнка с ОВЗ, уровень психофизического и речевого развития которого близок

к возрастной норме лишь по отдельным линиям развития. Такой ребенок воспитывается и обучается в специальной дошкольной группе или классе, но постоянно (ежедневно) отдельно посещает:

- занятия в массовой группе (во второй половине дня);
- уроки труда, физкультуры, изобразительной деятельности в массовом классе.

3. *Временная частичная интеграция* эффективна для всех детей с ОВЗ, обучающихся в специальных группах и классах, вне зависимости от уровня их психофизического и речевого развития. Воспитанники специальных групп и классов объединяются со здоровыми детьми ежедневно на прогулках, праздниках и для проведения совместных мероприятий воспитательного характера (не реже двух раз в месяц).

На совместных занятиях объединяются:

- все дети специальной и массовой групп или классов; занятие проводят совместно два педагога;
- половина детей специальной и массовой групп или классов; с одной половиной занимается педагог специальной группы или класса (при этом в неё включаются наиболее «сложные» дети), со второй – массовый педагог.

4. *Постоянная, но неполная интеграция* осуществляется в особых формах: в процессе воспитания в дошкольной группе комбинированной направленности или в гибком классе.

Следует подчеркнуть, что образовательные учреждения разных видов обладают различными возможностями в организации совместного обучения.

Наиболее соответствуют идее интеграции учреждения комбинированного вида. Именно им принадлежит будущее в отечественной системе образования. Именно в этих учреждениях есть возможность создавать обычные и специальные группы и классы, а также дошкольные группы комбинированной направленности и гибкие классы. Это позволяет: а) осуществлять все формы интеграции, индивидуально подбирая каждому ребенку необходимую форму; б) обеспечивать квалифицированную специальную педагогическую помощь; в) налаживать подлинное взаимодействие специальных и массовых педагогов.

При этом в комбинированном учреждении можно одновременно обеспечить: 1) специальное образование детям с выраженными нарушениями развития; 2) качественное образование нормально развивающимся детям, обогатив их социально-эмоциональное развитие уникальным и необходимым в будущей взрослой жизни опытом взаимодействия с теми людьми, кто в силу не зависящих от них обстоятельств оказался менее смышленным, умелым, но от этого не менее добрым, отзывчивым и способным к соблюдению нравственных законов.

Согласно проведенным в Институте коррекционной педагогики РАО исследованиям, в условиях организованного совместного обучения результаты в развитии детей с ОВЗ не только не уступают, но и превышают достижения сверстников, обучающихся в специальных учреждениях. Так, 52% дошкольников с тяжелыми нарушениями слуха, обучавшихся в условиях постоянной полной или постоянной неполной интеграции, оказались готовыми получать цензовое образование в массовой школе, в то время как из выпускников специальных групп лишь 11% достигли этого уровня. Практически все дети с ЗПР и умственной отсталостью смогли успешно обучаться в начальной массовой школе, имеющих гибкие классы (опыт школы № 73 г. Челябинска).

Таким образом, представленный набор вариативных моделей совместного обучения позволяет подобрать каждому ребенку с ОВЗ (даже самому «тяжелому») доступную и полезную для его развития модель интеграции, сохранив во всех случаях необходимую специализированную медико-психолого-педагогическую помощь. При этом следует особо подчеркнуть, что предлагаемые модели максимально опираются на сложившуюся структуру массового и специального образования. Их реализация не требует особых финансовых затрат [4, 5. С. 8].

Теоретический анализ показал актуальность включения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в совместную деятельность с обычно развивающимися детьми, т.е. в условия интегрированного обучения. Исходя из этого в центре психолого-медико-социального сопровождения «Развитие» г. Чебоксары была сделана попытка по внедрению интегрированного обучения с целью социальной адаптации детей дошкольного возраста. Предположим, что данное обучение будет по-своему эффективным для каждой категории детей. Для детей с нормальным развитием – способствовать осознанию самооценки каждого ребенка (независимо от наличия или отсутствия отклонений в развитии), его неотъемлемого права на самореализацию в соответствии с собственным физическим и интеллектуальным потенциалом, для детей с ограниченными возможностями здоровья – восстановлению (компенсации) нарушенных социальных способностей в общении, в возможности получать знания, социальном взаимодействии.

Констатирующий эксперимент (который позволил сделать первичную диагностику развития навыков, способствующих социальной адаптации детей) показал следующие результаты:

1. Детям дошкольного возраста, независимо от наличия каких-либо ограничений, свойственны: а) трудности в общении с окружающими, что выражается в его отсутствии, предпочтении только общества близких или взрослых людей; б) нацеленность на дружелюбное общение с другими, положительное взаимодействие; они сами подходят

к другим детям во дворе для знакомства, игр, хотя при попытке взаимодействовать что-то мешает; в) разное восприятие окружающего мира как чего-то интересного, дружелюбного или враждебного.

2. Степень свободного общения детей с окружающими сдерживается слабым общим развитием, а также недоразвитием социальных навыков.

3. Наблюдаются следующие различия в уровне развития социальных навыков у детей с ОВЗ и обычных детей: а) дети с ОВЗ имеют низкий уровень тревожности, более высокий уровень самооценки, но они более социально пассивны, в общении с окружающими предпочитают общество близких людей, реже подходят к детям во дворе для знакомства, чаще наблюдают за детьми, но в игры не вступают; б) обычные дети имеют высокий и средний уровни тревожности, низкую самооценку, но при этом более социально активны.

4. Обеим категориям детей свойственна умеренная познавательная активность, при этом обычные дети несколько чаще стремятся к получению новых знаний; четвертая часть детей с ОВЗ – слабо стремятся к знаниям.

5. Уровень межличностных отношений в группах детей, не посещающих дошкольные учреждения, – низкий. Доминирующий социометрический статус – «пренебрегаемые». «Звезды» встречаются из числа здоровых детей.

6. Родительские педагогические установки по отношению к детям, независимо от их категории, выражаются следующими характеристиками: средний уровень принятия своего ребенка; высокое стремление к кооперации; разное стремление к симбиозу с ребенком; разное отношение к его неудачам. Причем родители «особых» детей реже стремятся к близости с ребенком, относятся к нему как к несмысленному существу. Родителям обычных детей чаще свойственен тип в отношениях – «отвержение».

Данные результаты позволяют сделать вывод о том, что в группах исследуемых дошкольников необходимо создать определенные организационно-педагогические условия социальной адаптации, учитывающие включение детей-инвалидов в группу здоровых сверстников.

После внедрения модели интегрированного обучения по социальной адаптации (формирующего эксперимента) произошли следующие положительные динамические изменения:

1. Снизился уровень тревожности за счет увеличения среднего его проявления, так теперь дети стали более спокойно реагировать на происходящие неудачи и жизненные события.

2. Повысилась самооценка детей, первоначально демонстрировавших низкий уровень ее проявления. Дети стали более самостоятельными и уверенными в своих решениях и действиях.

3. В процессе совместной деятельности дети стали больше проявлять доброжелательности, уступчивости, демонстрировать навыки договариваться друг с другом, приходиться к общему решению, осуществлять взаимный контроль по ходу выполнения деятельности, осуществлять взаимопомощь, рационально использовать средства деятельности, делиться карандашами, идеями и т.п.

4. Изменились отношения детей друг к другу, что проявляется в повышении статусности большинства дошкольников: увеличилось количество «звезд», «предпочитаемых», снизилось количество «пренебрегаемых».

5. Повысилась мотивация в общении с окружающими, сократились трудности в общении, дети стали проявлять дружелюбие в отношении к другим детям, появилось желание помочь при необходимости (что важно при воспитании гуманности). Повысилась решительность и мотивация к взаимодействию с незнакомыми детьми во дворе. Враждебность в восприятии окружающего мира снизилась в сторону восприятия его как дружелюбного, интересного.

6. Произошли изменения педагогических социальных установок у родителей в виде принятия ими своих детей, признания их индивидуальности, одобрения их интересов, учащения стремления к сотрудничеству с детьми; объединению с ними в совместной деятельности; снижении требований в безоговорочном послушании, что говорит об эффективности психолого-педагогического сопровождения родителей.

7. Включение родителей в обучающий процесс, их близкое взаимодействие с родителями особых детей способствовало изменению родительской установки по отношению к интегрированному обучению в сторону усмотрения его полезности для всех детей.

8. Развитие социальных навыков детей, имеющих какие-либо трудности (психологические или физические), повысило возможности в посещении ими других образовательно-воспитательных учреждений, эффективности дальнейшей их социализации.

Таким образом, результаты подтверждают эффективность организационно-педагогических условий, созданных нами, для успешной социальной адаптации дошкольников в процессе интегрированного обучения. Значит, интегрированное обучение является эффективным для обеих категорий детей и его внедрение в практику работы образовательных учреждений позволит идти в ногу с предложенной правительством концепцией модернизации российского образования.

Литература

1. Гапеенкова С.М. Развитие познавательных способностей младших школьников в процессе обучения. Пенза, 1997.
2. Караковский В.А. Воспитательная система школы: Педагогические идеи и опыт формирования. М., 1992.

3. Леднёв В.С. Содержание образования. М., 1989.

4. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Отечественные модели интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии и опасность механического переноса западных моделей интеграции // Актуальные проблемы интегрированного обучения. М., 2001. С. 8-13.

5. Малофеев Н.Н., Маркович М.М., Шматко Н.Д. Совместное воспитание и обучение – закономерный этап развития системы образования // Управление ДОУ. 2010. № 6. С. 8-23.

ОЦЕНКА ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ

А.В. Деревяго, Л.Е. Беляева

*Витебский государственный медицинский университет,
Витебск, Беларусь*

Гуманистический подход в психологии и современном высшем образовании акцентирует внимание на индивидуальности студента, его личности, и таким образом, четко ориентирует преподавателя на сознательное развитие самостоятельного критического мышления обучающихся [1]. Преподаватель высшей школы сегодня не только сообщает учебный материал, определяет пути, формы, средства и методы приобретения знаний, но и направляет студентов на самостоятельный и творческий поиск, являясь при этом активным участником их профессионального формирования [2]. Одной из наиболее эффективных форм обучения в высшей школе является лекция, выполняющая познавательную, развивающую и организующую функции. Основными целями лекции являются: обеспечение формирования системы знаний по учебной дисциплине; формирование академических, профессиональных и социальных компетенций у студентов, а также стимулирование потребности студента в непрерывной самостоятельной работе. Этого традиционного еще со времен Древнего Рима метода обучения в последнее десятилетие коснулись инновационные изменения – лекционный материал излагается преимущественно в виде мультимедийных презентаций, что позволяет структурировать его и представить в сжатой и удобной для восприятия студентов форме [3].

Одним из методов оценки эффективности обучения студентов является изучение их мнения о качестве предоставления образовательных услуг. На кафедре патологической физиологии Витебского государственного медицинского университета было разработано и проведено анонимное анкетирование студентов, затрагивающее различные

вопросы организации, оформления и содержания лекций по патологической физиологии. В исследовании приняли участие 150 студентов лечебного (101), фармацевтического (28) и стоматологического (21) факультетов.

Среди основных источников для подготовки студенты всех факультетов поставили лекционный материал на 2-е место, предпочитая ему изданный сотрудниками кафедры в 2003 г. «Курс лекций по патофизиологии под редакцией В.И. Шебеко и Ю.Я. Родионова. 68% анкетированных отметили необходимость лекций в процессе обучения на кафедре, однако 13,3% студентов считают, что лекции изжили себя как метод обучения. Только трети опрошенных интересно посещать лекции, среди них 35,6% студентов-лечебников, 33,3% будущих стоматологов и 42,9% провизоров. 17,3% анкетированных посещают лекции из-за высокого уровня организации и наличия мотивации к обучению в вузе, 42% респондентов боятся введенных платных отработок за непосещение лекций и занятий, а 4 студента лечебного факультета вообще не посещали лекции по патологической физиологии по разным причинам. При этом 97 опрошенных посетили все лекции по предмету в предыдущем семестре, в то время как 26% студентов отсутствовали на 1-2 лекциях по болезни и другим уважительным причинам. Большая часть анкетированных (78,7%) крайне негативно относится к необходимости обязательного ведения конспекта лекций. Подробный конспект во время чтения лекций ведут лишь 17,8% студентов лечебного и 21,4% – фармацевтического факультетов, половина опрошенных помечает лишь избранные вопросы.

В вопросах организации лекций студенты поддерживают существующие традиции: в частности, 60,7% студентов довольны длительностью лекций (60 мин), хотя треть анкетированных отмечает снижение концентрации внимания после 40-45 мин усвоения информации. Более 44% студентов предложили увеличить количество лекций и уравнять его с количеством лабораторных занятий.

Идеальная лекция по патологической физиологии, по мнению опрошенных, должна содержать не более 30 слайдов со схемами, таблицами и определениями, причем переходить от слайда к слайду нужно не ранее, чем через 1,5-2 мин – иначе студенты не успевают сделать пометки в конспекте. Для студентов оказался более предпочтителен черный или темный шрифт среднего или крупного размера на светлом или ярком цветном фоне, хотя ведущие специалисты-офтальмологи рекомендуют размещать шрифт ярко-желтого цвета на синем фоне. Будущие врачи желают видеть в презентации как новый, не представленный в печатном издании материал (38%), так и наиболее сложные для восприятия вопросы патологической физиологии (52%). Для того,

чтобы информация была понятной слушателям, темп речи лектора должен быть довольно медленным – 40-60 слов в минуту, но тем не менее речь должна быть живой и эмоциональной, привлекающей внимание студентов. 90% респондентов положительно воспринимают иллюстрацию мультимедийной презентации фотографиями пациентов с изучаемыми формами патологии, а также предлагают шире использовать видео- и анимационные ролики при изучении некоторых тем. При этом часть студентов считает, что лишняя информация перегрузит презентацию и сделает ее незапоминающейся.

Отрицательно отнеслись студенты к запрету фотографирования слайдов презентации по патологической физиологии: 70,3% студентов лечебного факультета, 80,9% – стоматологического и 85,7 – фармацевтического факультетов считают, что фотографирование слайдов значительно экономит время на переписывание материала, и только 20,7% опрошенных понимают, что работа в качестве «папарацци» нарушает авторские права создателей лекции.

Более половины студентов отметили востребованность лекционного материала на лабораторных занятиях, при этом большинство опрошенных заявили, что вопросы по теме лекций должны задаваться только в качестве дополнительных студентам, претендующим на более высокую оценку во время коллоквиумов или экзамена.

Анкетированным также было предложено выбрать лучшего лектора на кафедре патофизиологии и аргументировать свой выбор. Следует отметить, что студенты пытались объективно оценить не только профессиональное мастерство лектора, но и его личные качества.

Анализ полученных при анкетировании результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. В системе преподавания теоретических дисциплин в медицинском вузе лекционные занятия необходимы и не утратили своей актуальности.
2. По важности и значимости для качественной подготовки к занятиям по патофизиологии лекционный материал занимает второе место после изданного «Курса лекций по патофизиологии».
3. Эффективность лекций будет максимальной при условии напряженной работы обеих сторон-участниц образовательного процесса.

Литература

1. Полат Е.С. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: учеб. пособие для студ. пед. вузов и системы повыш. квалиф. пед. кадров / Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина, М.В. Моисеева, А.Е. Петров. М.: Академия, 2002. 272 с.
2. Берденникова Н.Г., Меденцев В.И. Организационно-методическое обеспечение учебного процесса в вузе: учеб.-метод. пособие. СПб: БАТиП, 2006. 190 с.
3. Беляева Л.Е. Инновационные формы организации самостоятельной работы студентов: информ. бюл. Витебск: ВГМУ, 2011. 31 с.

ТРЕВОЖНОСТЬ КАК КОМПОНЕНТ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА В УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ

М.В. Иванова, Н.В. Григорьева

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Информационный стресс – это состояние информационной перегрузки, когда индивид не справляется с поставленной задачей или не успевает принимать правильные решения в требуемом темпе, будучи ответственным за последствия принятых решений.

Российские ученые пришли к выводу, что практически все население России постоянно испытывает информационный стресс. Внешне это никак не проявляется, но данный стресс не может пройти бесследно для организма. Он ослабляет иммунную систему и даже может привести к хроническим заболеваниям, таким как язва желудка, хронические заболевания и даже опухоли, а также может приводить к депрессиям. И человеку становится необходима психологическая помощь.

Информационный стресс также может вызываться гонкой за образованием. Многим детям с детства внушают то, что хорошее образование – залог жизненного успеха. Во многих школах вводятся дополнительные предметы, факультативные занятия, а значит, дети все больше времени проводят в школе и на занятиях. Это, конечно же, не может не сказаться негативно на здоровье ребенка: беспричинные депрессии, раздражительность и нервозность. Оканчивая школу, он попадает в еще более стрессовую среду: поступление в высшее учебное заведение, сессии, экзамены. Учебная деятельность человека в вузе связана с периодическим, иногда довольно длительным и интенсивным воздействием (или ожиданием воздействия) экстремальных значений профессиональных, социальных, экологических факторов, которое сопровождается негативными эмоциями, перенапряжением физических и психических функций, деструкцией деятельности.

Анализ особенностей генезиса психологического стресса свидетельствует о том, что в его основе лежат информационно-когнитивные процессы, отражающие реальные и воображаемые условия стрессогенных ситуаций. Наличие конкретных рабочих причин возникновения этого состояния, связанных с информационными особенностями учебной деятельности, роль когнитивных процессов в развитии психологического стресса, его проявления не только в вегетосоматических и биохимических реакциях организма, но и в познавательной сфере, а

также специфические для каждого вида учебного процесса нарушения работоспособности студента позволяют выделить особую форму профессионального и психологического стресса – информационный стресс в учебной деятельности.

Исходя из актуальности проблемы была определена цель исследования – выявление тревожности как особенности информационного стресса у студентов. В исследовании приняли участие студенты четвертого курса очного отделения Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова в количестве 30 человек, из которых 8 юношей, 22 девушки. Средний возраст испытуемых составил 20,5 лет.

Перед началом исследования нами была выдвинута следующая гипотеза: в начале проведения экзаменационной сессии уровень тревожности как компонента информационного стресса будет выше, после окончания сессии произойдет снижение уровня тревожности.

Исследование проводилось в первый и последний дни сессии при помощи методики «Тревожность студентов», модификации опросника Ж. Тейлор.

Чем больше набранная сумма баллов по данной методике, тем больше эмоциональная неустойчивость у обследованного студента. Практически у всех студентов (93,33%) показатель тревожности после сессии снизился.

Таким образом, анализ и сравнение полученных в ходе эксперимента данных подтвердили выдвинутую гипотезу. Информационный стресс в учебной деятельности по своей природе является разновидностью психологического стресса. В основе его лежат нарушения информационно-когнитивных процессов регуляции деятельности. В связи с этим все те жизненные события, которые сопровождаются психической напряженностью (независимо от сферы жизнедеятельности человека), могут быть источником информационного стресса или оказывать влияние на его развитие в учебной деятельности.

Следовательно, важно утверждать, что развитие информационного стресса у студента связано не только с особенностями его рабочего процесса, но и с самыми различными событиями в его жизни, разными сферами его деятельности, общения, познания окружающего мира. Таким образом, деление причин возникновения информационного стресса в учебной деятельности необходимо проводить с учетом особенностей влияния разнообразных жизненных событий человека, которые могут быть источником стресса.

АКТУАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО МОТИВА ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

А.Ш. Капланова

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Одним из критериев оценки преимуществ или недостатков традиционных и новых подходов к определению содержания, структуры и методов преподавания иностранного языка в вузах может стать степень сформированности личностного смысла и убежденность студентов медицинского факультета в необходимости изучения иностранного языка.

Личностный смысл по А.Н. Леонтьеву – это индивидуализированное отражение действительного отношения личности к тем объектам, ради которых разворачивается ее деятельность, осознаваемое как «значение для меня» усваиваемых студентами знаний. На занятиях иностранного языка со студентами медицинского факультета целесообразно создавать такие условия, в которых поставленные в ходе учебной деятельности задачи будут для студентов не только понятными, но и внутренне принятыми, т.е. чтобы они приобрели личностную значимость. Уровень сознательности будет определяться тем, насколько лично значимым для студентов медицинского факультета оказывается то, что объективно, общественно значимо, т.е. знания иностранного языка.

Внутренние мотивы носят лично значимый характер, обусловлены познавательной потребностью субъекта, удовольствием, получаемым от процесса познания и реализации своего личностного потенциала. Доминирование внутренней мотивации характеризуется проявлением высокой познавательной активности студента в процессе обучения.

В противопоставлении к внутренним мотивам внешние мотивы характеризуются тем, что овладение содержанием преподаваемой дисциплины не является целью обучения, а выступает средством достижения других целей: получение стипендии, получение диплома, подчинение требованиям родителей, получение похвалы, признание товарищей и др. При внешней мотивации студент, как правило, отчужден от процесса познания, проявляет пассивность, переживает бессмысленность происходящего, либо его активность носит вынужденный характер.

Условиями активизации и поддержания на высоком уровне внутренних мотивов изучения иностранного языка у студентов медицинского факультета выступают учебные ситуации и задачи, стимулирующие самореализацию студентов в профессиональной деятельности и личностной сферах, положительный опыт первого успеха общения на иностранном языке, возможность построения собственной системы языкового развития. В таких условиях студенты будут получать удовольствие от самого процесса изучения иностранного языка. Смещение ведущих мотивов изучения из области внешних в область внутренних мотивов будет свидетельствовать о формировании личностного смысла изучения иностранного языка у студентов медицинского факультета.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ВУЗА

О.Ю. Макарова

*Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Россия*

Изучение проблемы функционирования воспитательной системы в вузах, целенаправленное, системное изучение теории и практики воспитательных систем в педагогической науке позволяют сделать вывод о том, что воспитательная система вуза представляет собой реальное и объективно существующее структурное образование, сложное, специфическое, противоречивое, что становление, функционирование и развитие воспитательной системы подчиняется определенным закономерностям.

В основу выявления закономерностей в воспитательной системе вуза положен системный подход. Использование данного подхода позволило рассмотреть воспитательную систему как устойчивое, динамичное, сложное системное образование. Структурный и структурно-функциональный анализ также дает возможность выявить совокупность связей и отношений как между элементами и компонентами системы, так и внутри этих элементов и компонентов. Комплексное и всестороннее рассмотрение функционирования воспитательной системы вуза позволило более объективно и конкретно подвергнуть предметному анализу многочисленные отношений и связи в воспитательной системе на всех уровнях. Это, в свою очередь, дало возможность с научных позиций выявить закономерности и противоречия, а также обосновать принципы функциони-

рования воспитательной системы и основные направления её совершенствования.

Системный подход при анализе различных явлений, процессов и состояний достаточно широко используется в современной педагогической теории и практике. Но несмотря на то что он достаточно рассмотрен в научной литературе, по-прежнему остается актуальным при исследовании различных явлений и процессов в современных условиях не только в педагогической, но и в психологической науке.

Системный подход получил своё развитие в методологической школе Г.П. Щедровицкого. Он характеризует его как свойство мышления, субъективных представлений человека об окружающем мире [1]. Сегодня системность рассматривается как свойство объективного мира. Системы изучаются, классифицируются и, в свою очередь, формируют системное мышление. Создание системного представления включает процессы, организованность материала, структуру. Чтобы создать структуру, следует иметь представление об отдельных элементах, их функциях относительно друг друга или относительно целого. Целое становится системообразующей, которую можно подвергнуть системному анализу – делению на составные части, каждая из которых является подсистемой и также может делиться на составные части. Дифференциация явлений и процессов, системный анализ имеют явно приоритетное положение по сравнению с интеграцией и сопровождающим её синтезом. Рассматривая отдельные части системы в логике дополнения, можно выделить не только их взаимосвязи, но и характеризовать их отношения.

При реализации положений системного подхода необходимо учитывать многообразие связей и отношений, имеющих место внутри вузовской воспитательной системы. Суть системного подхода в данном случае составляют следующие задачи:

- анализ места и роли каждого элемента, образующего систему, в общей структуре;
- определение различных уровней системного объекта и их подчинённость (как частный случай рассматривается задача управления учебно-воспитательным процессом);
- выделение в системе синергетических связей, закономерностей, т.е. рассмотрение вопросов самоорганизации и саморазвития воспитательной системы высшего учебного заведения.

При анализе связей и отношений в воспитательной системе вуза задача исследователя состоит в том, чтобы на основе имеющихся в научной литературе подходов выделить наиболее существенные закономерности в воспитательной системе вуза и классифицировать их.

Проводя классификацию и определяя различные группы закономерностей, в основании классификации выделяют различные положе-

ния. При этом формулировка закономерностей является следствием определенного уровня знаний о каком-либо аспекте педагогической науки.

Исходя из этого, с одной стороны, выделяются объективные закономерности, существующие в виде свойств изучаемых процессов, явлений, структурных образований и отношений между ними; с другой стороны – свойств отношений между явлениями, между свойствами явлений, между элементами структурных образований. Эти положения дают основание классифицировать закономерности как внешние, так и внутренние. В теории воспитания выделяются также общепедагогические и специфические, закономерности педагогического процесса в вузе.

А.В. Гаврилин выделяет три группы закономерностей воспитательной системы, при этом основание их классификации он берет основные этапы в развитии теории воспитательных систем: становление, функционирование и развитие [2].

При анализе связей и отношений в воспитательной системе вуза системный подход предполагает решение задачи о выделении, определении иерархии закономерностей, их определенную собственную зависимость и обусловленность. Главное в решении данной задачи – выделение основных закономерностей, оказывающих первоочередное и существенное воздействие на воспитательную систему вуза. Классификация закономерностей, которые отражают различные уровни связей и взаимодействий между воспитательной системой вуза и другими системными образованиями, а также между различными элементами, компонентами внутри самой системы, позволяет в системном виде представить и рассмотреть становление, функционирование и развитие воспитательной системы вуза, а также проанализировать многовариантные отношения между элементами воспитательной системы, научно обосновать условия её совершенствования в современных условиях.

В последние десятилетия положения системного подхода активно применяются в теории и практике воспитания. Особое значение системный подход имеет для научного обоснования и развития теории воспитательных систем в учебно-образовательных учреждениях. Выступая важным методологическим и теоретическим направлением в науке, системный подход помогает разрабатывать методологию исследования и конструирования системы различных типов и уровней в теории и практике воспитания. Использование системного подхода позволяет моделировать воспитательную систему образовательного учреждения, целостно охватывать все ее структурные элементы в их взаимосвязи и взаимообусловленности.

На основании вышеизложенного отмечаем, что системный подход как совокупность взаимосвязанных и взаимозависимых принципов, направлений, путей, методов, способов, форм, приёмов и средств

познания, объяснения предметов, явлений, процессов объективной и субъективной реальности и выработки обоснованных рекомендаций по их преобразованию позволяет делать воспитательную систему понятной и доступной для научного изучения, помогает эффективно решать многие теоретические и практические задачи по повышению функциональности воспитательной системы и её динамичному развитию.

Литература

1. Щедровицкий Г. П. Проблемы исследования систем и структур: материалы к конф. М., 1965.
2. Гаврилин А.В. Развитие теории и практики гуманистических воспитательных систем в отечественной педагогике: дис. ... д-ра пед. наук. М., 1997.

МЕСТО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАНИИ

Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, Е.А. Дубицкая

*Самарский государственный медицинский университет,
Самарский психоневрологический диспансер,
Самара, Россия*

Конец XX в. и первое десятилетие XXI в. в России были представлены целым рядом новых правительственных концепций здравоохранения, в которых прописаны приоритеты профилактической медицины, медицины здоровья и здорового образа жизни. Однако, продекларировав данную цель по укреплению и сохранению здоровья, государство не провело никаких системных преобразований в области подготовки и переподготовки специалистов, которые могли бы существенно повлиять на физические и психическое здоровье нации, на продолжительность и качество жизни. Одной из причин такого состояния в стране (не останавливаясь на экономических, организационных, государственных методах и подходах) является недостаточное понимание самого понятия здоровья в населении, в первую очередь профессионалами, которые в той или иной степени связаны с физическим и психическим здоровьем.

Межведомственным экспертным советом по государственным образовательным стандартам 30.11.1995 г. утверждается новая медицинская специальность «Валеология», что становится предпосылкой возможности готовить врачей валеологического профиля. А далее – как всегда: стали готовить педагогов, социологов и т.д., но не врачей и психологов.

Вопрос ещё более запутывается, когда здоровье начинает делиться на физическое, психическое и социальное (ВОЗ) и вводятся по-

нения «психического (душевного) здоровья», «психологического (духовного) здоровья», «интегрального здоровья». Понимая всю важность и значимость интегрального и социального здоровья, мы сосредоточим свои рассуждения на психическом и психологическом здоровье. Многие критерии психического и психологического здоровья часто совпадают. По мнению В.В. Горшкова (1973), точкой компромисса здесь является то, что здоровый и в том и в другом смысле человек – это человек свободный, независимый, активно действующий в различных социально- психологических ситуациях. К таким категориям в отношении подростков относятся: 1) развитие полезных знаний и навыков; 2) позитивное отношение к учебной деятельности; 3) адекватное отношение к педагогическим воздействиям; 4) наличие положительно ориентированных жизненных планов; 5) коллективистские проявления; 6) критичность, способность правильно оценивать других; 7) самокритичность, самоанализ; 8) способность к сопереживанию, эмпатия; 9) волевые качества; 10) внешняя культура поведения; 11) отказ от вредных привычек (Беличева С.А., 1995). Ю.А. Александровский (1996) выделяет такие психологические особенности человека как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность к преодолению жизненных испытаний, умение адекватно использовать собственные психические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Следовательно, не только медицинские, но и психологические критерии остаются преобладающими в оценке психического здоровья. А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский (1990) приводят следующее определение: «Психическое здоровье – состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности». В.Я. Семке (1999) определяет психическое здоровье как состояние динамического равновесия индивида с окружающей природной и общественной средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности жизненные способности проявляются наиболее полно, а все важные подсистемы организма функционируют с максимальной интенсивностью. Б.Д. Петраков и Л.Б. Петраков (1984), указывая на сложность и многоаспектность определения психического здоровья, на основании анализа большого числа таких исследований, приходят к выводу, что психическое здоровье – это динамический процесс психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия,

благодаря способности человека самоконтролировать поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде. В.В. Колбанов (2000) полагает, что термин «психическое здоровье», который используется преимущественно психологами и врачами, неточен. «Этим термином обозначается состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности. В валеологии парциальное (частичное) рассмотрение здоровья имеет не больше смысла, чем автономное существование части организма. Здоровье – это единое целое, не равное сумме его частей» (С. 180). Одним из ведущих критериев психического здоровья многие авторы, преимущественно врачи, называют феномен адаптации (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993). Среди терминов, описывающих приспособительные реакции человека, чаще всего используют «адаптация», «социально-психологическая адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация», хотя речь идёт об одном и том же феномене, под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне нервно-психической деятельности, возникающие в результате активного решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями. С.В. Запускалов и Б.С. Положний (1991) выделяют два вида: субъективная (внутренняя) социальная адаптация и внешняя социальная адаптация; три уровня социальной адаптации: полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация и нарушенная социальная адаптация; а также пять уровней психического здоровья – уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, донозологический уровень, уровень болезни, которые обусловлены комбинацией видов и уровней адаптации. Среди патологических форм психической адаптации выделяют аддиктивное поведение (одна из форм деструктивного поведения) (Короленко Ц.Г., 1991). Пролонгирование разработок психиатров в пограничной психиатрии приводит к тому, что В.Я. Семке (2001) выделяет понятие «превентивная психиатрия», в рамках которой рассматривает и валеопсихологию. Нельзя не согласиться с рядом исследователей, предостерегающих от «психиатрических» оценок даже крайних форм адаптации «реальных людей, живущих в реальных условиях», что может привести к тотальной «психиатризации» населения (Тихоненко В.А., Румянцева Г.М., 1990, Катков А.Л., 1998).

Однако здоровый образ жизни невозможен без психической адаптации, которая в большей или меньшей степени формирует и психическое, и физическое здоровье. Гражданское общество постепенно начинает понимать, что здоровьем должна заниматься сама личность, осознавшая эту необходимость.

Таким образом, здоровый образ жизни и здоровье в целом станут целью и смыслом жизни каждого гражданина, общества только в том случае, если на основании понимания (менталитета, валеологического сознания) необходимости своего психического и физического здоровья индивид, личность будет исполнять осознано те мероприятия, предписания, обследования и действия, предложенные профессионалами, которые будут способствовать сохранению личного здоровья и качества жизни гражданина, а с ними – и здоровья нации. Но для того чтобы осуществить это, нужны соответствующие программы психологии здоровья при подготовке и психологов, и врачей, и социологов, и педагогов, а может быть и школьников.

ЭТНОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К ТРУДУ

Л.А. Петрова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

В последние годы в Чувашии этнокультурно-ориентированный подход стремительно завоевывает образовательное пространство. Вопросы, связанные со спецификой национального развития, являются актуальными и, чтобы разрешить возникающие проблемы, необходимо изучить социокультурные особенности отношения к труду студентов внутри той или иной культуры.

Актуальность проблемы представляет сравнительное изучение особенностей ценностной ориентации студенческой молодежи, живущей в своем этническом окружении, и сверстников, обучающейся в другой, иноэтнической среде.

Целью исследования является изучение особенностей этнопсихологических аспектов отношения к труду.

Одной из основных задач трудового воспитания является воспитание понимания роли труда и правильного отношения к нему. В работах Г.Н. Волкова, Т.Н. Петровой, М.Г. Харитоновой раскрыты особенности традиций чувашского народа, связанные с воспитанием будущего ребенка. В основе традиционной системы воспитания детей лежал труд. Трудовые традиции народа, складывающиеся веками, поддерживались во всех семьях. Ребенок с малых лет, находясь рядом с родителями, родственниками постепенно приобщался к труду. Детям внушалось, что труд – источник человеческого существования, опора жизни, основа счастья, и что самыми лучшими людьми являются трудящиеся люди.

В своей книге «Чувашская этнопедагогика» академик Г.Н. Волков отмечает: «Воспитание в труде – основная проблема педагогики всех народов, трудолюбие – главная забота воспитания. Трудовое воспитание – венец всей системы народного воспитания. Вне труда нет ни эстетического, ни физического, ни нравственного воспитания, без труда нет и полноценного воспитания. Труд – начало воспитания, трудолюбие – окончательный результат воспитания и итог формирования подрастающего поколения определяется условиями экономической жизни».

Каждое поколение этноса с течением времени вырабатывает свое обновленный вариант традиционного мышления, позволяющий субъекту и популяции в целом адаптироваться и оптимально функционировать в условиях сложившейся среды. Сохраняются стержневые качества, ценности, установки. Для чувашского народа первейшей и основной социальной установкой по-прежнему является убеждение и утверждение «Ёслени сынна, вёренни хавна» – «Труд учителю, уменье себе» (пословица), которым сопровождается свод правил поведения и законов этнического бытия.

Средств убеждения много: это сказки, пословицы, песни, поговорки, загадки, где восхваляется трудолюбие, раскрывается значение труда в жизни людей, интерес к трудовой тематике, высмеиваются бездельники и лентяи, например, «Трудись – трудись», «Не трудисься – не ешь».

Чувавам не присущ перепад от усиленного трудолюбия к долгой лени. Не характерна такая черта, как безмерность. Мера во всем (в делах и мыслях, поведении и общении) – основа чувашского характера: «Сынран мала ан сик, халахран тårса ан юл» (Не выпрыгивай вперед других, не отставай от народа). Из трех компонентов – чувства, воли, разума – в структуре чувашского национального сознания преобладают разум и воля. Чуваши не признают за собой никаких исключительных достоинств, добровольно подчиняют себя требованиям общей дисциплины. Чувашских детей учат относиться ко всем людям с уважением, проявлять необходимую терпимость к мелким недостаткам других, одновременно критически относиться к своим собственным заслугам и недостаткам. В воспитательной практике доминирует установка, что человек как социальное существо силен принадлежностью к своему народу, поэтому скромность является формой осознания личностью своих обязанностей перед окружающими людьми, с детства в чувашах воспитывается тактичность – соблюдать меру в общении, не допуская действий и слов, которые могут быть неприятны собеседнику или окружающим людям, старшим по возрасту.

Для русских людей характерны такие национальные черты как гостеприимство, дружелюбие, гуманность, отзывчивость, тяга к натурализму и конкретике, импульсивность и т.д.

Базой исследования служил Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова. Исследованием охвачено 60 испытуемых (студенты I курса медицинского факультета специальности «Стоматология»). Для изучения жизненных целей и инструментальных качеств испытуемых была использована методика «Ценностные ориентации» М. Рокича.

Полагая, что ценностные ориентации студентов чувашской национальности имеют специфическое качественное содержание, определяемое воспитанием и традиционной чувашской культурой, мы модифицировали методику «Ценностные ориентации» М. Рокича и выявили, что основное содержание ориентации составляют терминальные ценности: общая хорошая обстановка в стране (32%), сохранение мира между народами как условие благополучия каждого (25%), общественное признание (уважение окружающих, знакомых, родственников) (22%), доброжелательное отношение к людям другой национальности (6%), иметь чувство собственного достоинства (6%), знание и соблюдение национальных обычаев и традиций (5%), патриотизм (любовь к Родине, своему народу, его языку, культуре, истории) (4%).

Анализ структуры терминальных ценностей русских студентов показал, что основное содержание ориентации составляют терминальные ценности, такие как материально обеспеченная жизнь (30%), общая хорошая обстановка в стране, нашем обществе (25%), общественное признание (уважение окружающих, знакомых, родственников) (18%), сохранение мира между народами как условие благополучия каждого (12%), чувство собственного достоинства (7%), доброжелательное отношение к людям другой национальности (5%), знание и соблюдение национальных обычаев и традиций (3%).

Анализ структуры инструментальных ценностей показал, что наиболее часто студентами обеих групп (чувашской и русской национальностей) выбирались такие средства достижения жизненных целей, как воспитанность (хорошие манеры) (30%), твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями) (20%), независимость (способность действовать самостоятельно, решительно) (15%), образованность (широта знаний, высокая общая культура) (12%), ответственность (чувство долга, умение держать слово) (10%), решительность (8%), эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе) (5%).

Из методики О.Ф. Потемкиной «свобода-власть», «труд-деньги», «альтруизм-эгоизм», «процесс-результат» было выявлено, что у студентов чувашской национальности наиболее выраженными социально-психологическими установками является свобода (33%), труд (28%), деньги (24%), власть (7%), ориентация на результат (5%), менее выра-

жены такие качества, как процесс, альтруизм и эгоизм (3%). У русских на первом месте стоит власть (36%), деньги (27%), труд (15%) и свобода (13%), а такие качества как процесс, результат, альтруизм и эгоизм менее выражены (9%).

Все испытуемые (как юноши, так и девушки независимо от этнической принадлежности) отдают предпочтение в первую очередь здоровью, на втором месте – любовь и наличие верных друзей, т.е. для них значима ценность человеческих взаимоотношений.

КОММУНИКАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И КОМПЕТЕНТНОСТИ

С.А. Полянская

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Современное общество характеризуется появлением новых информационных технологий, динамичным развитием, кардинально меняющим жизнь людей. Процесс обновления знаний идет такими темпами, что на протяжении жизни человеку приходится неоднократно переучиваться, овладевать новыми знаниями, навыками, профессиями. Непрерывное образование в наши дни – это реальность и необходимость. Для успешного образования и самообразования человек должен владеть целым рядом компетенций.

Вместо простой передачи знаний, умений и навыков от учителя к ученику главной целью образования становится развитие способности учащегося самостоятельно ставить учебные цели, планировать пути их достижения, контролировать и оценивать свои результаты, работать с разными источниками информации и на этой основе формулировать собственное мнение.

Достижение данной цели становится возможным благодаря формированию системы компетентностей, включающей универсальные умения, навыки и способы их эффективного применения на практике. Овладение универсальными учебными действиями дает учащимся возможность самостоятельного успешного усвоения новых знаний, умений и компетентностей на основе формирования умения учиться.

Важнейшей задачей современной системы образования является формирование совокупности универсальных учебных действий, обеспечивающих умение учиться, способность личности к саморазвитию и самосовершенствованию путем сознательного и активного присвоения

нового социального опыта, а не только освоение учащимися конкретных знаний и навыков в рамках отдельных дисциплин, при этом знания, умения и навыки формируются, применяются и сохраняются в тесной связи с активными действиями самих учащихся. Все это позволяет говорить о системе ключевых компетентностей.

В науке до сих пор нет однозначного понимания термина «компетентность», «компетенции», хотя компетентностный подход широко распространен в системе образования. Словари и справочники предлагают разделять общую компетенцию и отдельные компетенции. Компетенция – это личная способность специалиста решать определенные профессиональные задачи. Также под компетенцией понимают формально описанные требования к личностным, профессиональным и другим качествам сотрудников. Совокупность компетенций, наличие знаний и опыта, необходимых для эффективной деятельности в заданной предметной области, называют компетентностью.

Компетентность – новое качество субъекта деятельности, проявляющееся в способности системного применения знаний, умений, ценностных установок и позволяющее успешно разрешать различные противоречия, проблемы, практические задачи в социальном, профессиональном и личностном контексте. Компетентность – объективный результат освоения компетенций конкретной личностью [4].

Мы считаем, что компетентность – это новообразование субъекта деятельности, формирующееся в процессе профессиональной подготовки, представляющее собой системное проявление знаний, умений, способностей и личностных качеств, позволяющее успешно решать функциональные задачи, составляющие сущность профессиональной деятельности. Компетенции – проявляющиеся в деятельности компетентности работника, круг вопросов, в которых он хорошо осведомлен.

Образование во все времена было направлено на развитие человека. Основная задача образования – научить обучаемого самостоятельно работать, самому выстраивать систему своих знаний, исходя из собственных запросов, возможностей, устремлений, а также обеспечить освоение и воспроизводство им социального опыта.

Целью компетентностного подхода является качество образования, особенностью компетентного обучения является не усвоение готового знания, а организация учебного процесса, в котором исследовались бы условия происхождения и становления данного знания. Результатом обучения, как отмечено в «Концепции модернизации образования...», должен стать набор ключевых компетентностей в интеллектуальной, гражданско-правовой, коммуникационной, информационной и прочих сферах [1].

Так же, как нет однозначного определения компетентности, нет и единой структуры компетенций. Анализируя имеющиеся подходы,

можно утверждать, что наиболее часто среди компонентов компетентности авторы называют следующее:

– **учебно-познавательную**, или совокупность умений и навыков познавательной деятельности, владение механизмами целеполагания, планирования, анализа, рефлексии, самооценки успешности собственной деятельности, владение приемами действий в нестандартных ситуациях, эвристическими методами решения проблем, владение измерительными навыками, использование статистических и иных методов познания;

– **информационную**, или способность при помощи информационных технологий самостоятельно искать, анализировать, отбирать, обрабатывать и передавать необходимую информацию;

– **коммуникативную**, или владение навыками взаимодействия с окружающими людьми, умение работать в группе, знакомство с различными социальными ролями.

Компетенции – это некоторые внутренние, потенциальные, сокрытые психологические новообразования (знания, представления, программы (алгоритмы) действий, системы ценностей и отношений), которые затем выявляются в компетентностях человека как актуальных, деятельностных проявлениях.

Эти компетенции, проявляясь в поведении, деятельности человека, становятся, как отмечалось нами выше, его личностными качествами, свойствами. Они становятся компетентностями, которые характеризуются мотивационными, смысловыми, отношенческими, и регуляторными составляющими наряду с когнитивными (знанием) и опытом.

Важнейшей составляющей эффективной педагогической деятельности в плане формирования компетенций является педагогическая компетентность. Согласно Л.М. Митиной, понятие «педагогическая компетентность» включает «знания, умения, навыки, а также способы и приемы их реализации в деятельности, общении, развитии (саморазвитии) личности» [3].

По Н.В. Кузьминой [2] профессиональная педагогическая компетентность включает пять элементов или видов компетентности:

1. Специальная и профессиональная компетентность в области преподаваемой дисциплины.

2. Методическая компетентность в области способов формирования знаний, умений у учащихся.

3. Социально-психологическая компетентность в области процессов общения.

4. Дифференциально-психологическая компетентность в области мотивов, способностей, направлений учащихся.

5. Аутопсихологическая компетентность в области достоинств и недостатков собственной деятельности и личности.

Как видим, отечественные авторы выделяют в структуре педагогической компетентности социально-психологическую компетентность в области процессов общения. К такой компетентности можем отнести способность и готовность профессионального педагога оказывать целенаправленное коммуникативное воздействие (влияние) на обучаемых с целью формирования у них мотивации обучения, становления как профессионала, развития и саморазвития личности.

Указанным целям может способствовать применение педагогом таких определенных средств и методов психологического воздействия, как, например убеждение, внушение, информирование, вовлечение в специальным образом организованную деятельность, воздействие на источники активности, регуляция уровня удовлетворения потребностей и др.

Профессионализм в использовании речевых средств воздействия будет определяться тем, насколько точно и полноценно специалист-педагог может реализовать требуемую по обстоятельствам взаимодействия коммуникативную задачу.

Таким образом, профессиональная компетентность педагога, а также умелое использование им средств и методов коммуникативного воздействия (убеждение, внушение, информирование и др.) являются факторами, способствующими эффективному формированию компетенций и компетентности у обучаемых.

Литература

1. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года. М., 2002.
2. Кузьмина Н.В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения. М., 1990.
3. Митина Л.М. Психология профессионального развития. М., 1998.
4. Психологический словарь. М.: Педагогика-Пресс, 1996.

О НЕКОТОРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ПОНИМАНИЯ ТЕКСТА

А.Н. Самсонова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

В настоящее время проблема понимания разрабатывается с позиций различных научных подходов [1]. Однако она еще далека от своего разрешения, о чем свидетельствуют многочисленные дискуссии вокруг этого понятия. Сегодня исследователи трактуют понимание как процессуально-результативный феномен, указывая на чрезвычайную сложность вопроса о процессуальной стороне понимания. Вследствие этого концептуальные схемы процесса понимания столь различны, как

если бы в качестве объекта познания каждый раз выступали разные феномены.

Говоря о процессе понимания, исследователи указывают на его целостность, недизъюнктивность (А.В. Брушлинский). Это представление созвучно с тезисом В.В. Налимова о континуальности мышления и языковой семантики и с рассмотрением Р.И. Павиленисом смысла как непрерывного невербального конструкта.

В то же время исследователями (Л.М. Веккер и др.) выделяется ряд этапов, или фаз, процесса понимания. Пусковой фазой процесса понимания исследователи считают возникновение у человека вопросов. Содержание вопроса направляет мыслительную активность, необходимую для достижения понимания. Движущей силой процесса понимания является выдвигание гипотезы или гипотез. Не случайно в психологии мышления и понимания так широко обсуждается проблема прогнозирования. Некоторыми исследователями мышление рассматривается прежде всего как прогнозирование.

Д.Б. Богоявленской была сделана попытка выявления механизма построения той или иной гипотезы и выделены этапы, предшествующие этапу выдвигания гипотезы: создание образа проблемной ситуации, а на ее основе – модели проблемной ситуации. Созданная модель выступает как некоторый механизм направленности мышления при решении задач. Автор поясняет соотношение образа и модели: и «обобщенный образ», и модель выражают существенные черты данного класса. В то же время модель свободна от избыточной информации, свойственной обобщенному образу.

В ряде случаев ситуация объективно позволяет выдвинуть несколько гипотез. В этом случае происходит их перебор и оценка человеком вероятности каждого варианта. Механизм перебора гипотез пока остается неясным. Проверкой гипотез завершается последняя из основных фаз процесса понимания. Она характеризуется феноменом понимания, выражающемся в суждении по возникшему в начале процесса вопросу. Проблема сличения гипотез с реальными результатами производимых действий – верификации гипотез – и последующему уточнению гипотез уделяется большое внимание в исследованиях, посвященных эвристическим компонентам процесса мышления. Механизм сличения гипотез с реальными результатами принято считать в эвристике центральным механизмом регуляции мыслительной деятельности.

В процессе понимания текста исследователями выделяются этапы, аналогичные этапам мыслительного процесса. Не случайно процесс понимания текста современной наукой часто рассматривается как решение мыслительной задачи, хотя сказанное относится не к любому тесту.

Диалог «образцового» читателя с текстом начинается с возникновения вопросов к тексту. В качестве предполагаемого ответа на них

читателем выдвигаются различные гипотезы. Иногда текст объективно предполагает возможность выдвижения нескольких гипотез на основании одного вопроса. В этом случае «образцовый» читатель осуществляет перебор этих гипотез. В предпочтении и выборе наиболее вероятной гипотезы, а также в иерархическом построении гипотез большую роль играет личный и, в частности эмоциональный опыт читателя. Окончательный выбор гипотезы происходит при встрече в тексте с соответствующей информацией, являющейся подтверждением верности той или иной гипотезы. При этом «образцовый» читатель осуществляет операцию самоконтроля. Алгоритм применения всех этих операций задается самим текстом [2].

Ряд исследователей сходит в том, что понимание текста направлено на формирование некоторой «работающей» модели содержания, или структуры воссоздаваемой в сознании ситуации. По мнению Г.Д. Чистяковой, понимание учебного текста связано с формированием целостного представления об описываемой предметной действительности, или «индивидуальным динамическим концептом». Именно на этапе формирования индивидуального динамического концепта появляются различия в понимании текста. Отсутствие же целостного представления о содержании текста делает очевидным непонимание для самого субъекта.

Создание моделей в процессе восприятия какого-либо объекта, явления, целого мира считается универсальным свойством человеческого мозга, являющегося мощной моделирующей установкой, создающей свои модели с помощью клеточных структур, формирующихся в процессе учения и самоорганизации. В настоящее время существует значительное число исследований, посвященных свойству человеческого сознания создавать в процессе восприятия, познавательной активности модели различной природы и структуры. Непрерывное построение, перестроение, уточнение и дополнение такого рода моделей и есть функция индивидуального сознания. На изначально заложенное в сознании человека стремление свести множество к единому и «увидеть мир в его целостности» указывает и В.В. Налимов и добавляет: «И если это удастся сделать, то начинает казаться, что мир становится понимаемым» [3. С. 142].

Проведенное нами экспериментальное исследование [4] показало, что с самого начала чтения читающий стремится к опережающему созданию текстовой ситуации. Он создает в воображении свою «картину» читаемого. Картины читателей разнообразны как по содержанию, так и по степени развернутости, полноты, конкретности. Создаваемые читающими картины иногда никак не вытекают из содержания прочитанного, т.е. «перекрывают» читаемые тексты.

Нарисованная в воображении читателя картина позволяет сформироваться установке, которая управляет ожиданиями читающего в отношении поступающей в ходе дальнейшего чтения информации. Предположения читателя относительно будущего содержания текста ограничиваются рамками этих ожиданий. Установка вызывает также избирательное отношение читающего к поступающей текстовой информации: он может не заметить, пропустить сигнал текста, не «вписывающийся» в его установку, или по-своему, в русле своей установки интерпретировать его. Каждый сигнал текста, подтверждающий сформировавшуюся в ходе чтения установку, тем самым укрепляет ее.

Возникшая установка может быть как верной, так и неверной. Дальнейшая судьба неверных установок в процессе чтения различна. У одних читателей неверная установка под воздействием новой текстовой информации, противоречащей установке, меняется – становится более адекватной. Таковую установку мы называем *гибкой* установкой. У других читателей установка при несоответствии ее текстовой информации «сопротивляется» тексту, не меняется. Сила сопротивления может быть такова, что приводит читателя к неприятию текста: он теряет к нему интерес. Такая неверная установка является *негибкой*. В этом случае понимание читаемого искажается и даже блокируется.

Таким образом, одним из условий, способствующих своевременной смене неверной установки читателя, является ее *гибкость*. Экспериментально было выявлено, что гибкая установка возникает в случае выдвижения читателем всех вариантов прогнозов, которые позволяет совершить текст. Наличие нескольких вариантов делает возможным осуществление их подвижного перебора, благодаря действующему самоконтролю. Самоконтроль позволяет читателю при несоответствии текстовой информации с установкой легко расставаться с ошибочными единицами установки. При этом варианты, первоначально отброшенные читателем в результате перебора гипотез, очевидно, не исчезают и в случае необходимости легко актуализируются. В этом случае смена неверной установки происходит своевременно.

Литература

1. Брудный А.А. Понимание как функция множественного интеллекта и методы его исследования (доложен на 45-летие факультета психологии МГУ в 2007 г.).
2. Граник Г.Г., Бондаренко С.М., Концевая Л.А. Дорога к книге / под ред. Г.Г. Граник. М., 1996.
3. Налимов В.В. Спонтанность сознания: вероятностная теория смыслов и смысловая архитектура личности. М.: «Прометей» МГПИ им. В.И. Ленина, 1989.
4. Самсонова А.Н. Психологические механизмы формирования и функционирования установки в процессе восприятия художественного текста // Психология обучения. 2008. № 11. С. 80-92.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОДЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Е.Н. Альшина, И.В. Шадрина

*Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Россия*

Актуальность. Последствия термических ожогов продолжают оставаться одной из ведущих причин инвалидизации в России. Клиническая сфера, касающаяся лечения ожогов, включает в себя не только вопросы поддержки функций организма и ухода за пострадавшими, но и реабилитацию, продолжающуюся и в периоде отдаленных последствий ожоговой болезни. Одним из важнейших аспектов полного восстановления лиц, перенесших ожоговую болезнь, является терапия широкого спектра психических расстройств, возникающих после перенесенной ожоговой травмы. Для психических расстройств при ожоговой болезни характерно острое начало, соответствие между нарушениями психоэмоциональной сферы и тяжестью соматических симптомов. Последние в большинстве своем являются преимущественно сочетанными: наряду с интоксикацией, инфекционными и другими осложнениями со стороны внутренних органов значим фактор стресса периода травмы и лечения. В периоде отдаленных последствий ожоговой болезни начинают доминировать расстройства, обусловленные послеожоговыми дефектами внешности. Послеожоговые дефекты видимых частей тела являются мощной психотравмой. Однако при этом сохраняются и проблемы соматического характера, вызванные перенесенной ожоговой болезнью.

Цель. Установление структуры органических психических расстройств у лиц, перенесших ожоговую болезнь; изучение клинико-патогенетических закономерностей формирования и течения этих расстройств.

Материалы и методы. Исследование проводилось на протяжении 2008–2012 гг. на базе Челябинского областного ожогового центра. Длительность наблюдения составила 4 года. Для наблюде-

ния отобрано 148 чел. в возрасте от 18 до 55 лет с диагнозом ожоговая болезнь. В основную группу вошли больные, у которых сформировались, согласно МКБ-10, органические эмоционально-личностные расстройства (непсихотическая форма), развившиеся после перенесенной ожоговой болезни. Их доля составила 48,6% (72/148). Применялись клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования. С целью уточнения клинической картины и подтверждения наличия органических расстройств проводилось экспериментально-психологическое исследование. Функциональные нарушения в ЦНС изучались посредством электроэнцефалографического исследования (ЭЭГ).

Результаты. Исходя из того, что преморбидные особенности личности могут влиять на клинику и динамику психопатологических расстройств, были изучены сведения об антенатальном периоде. У 100% обследованных с органическими послеожоговыми психическими расстройствами была выявлена антенатальная патология (перинатальная у 100% (72/72) и постнатальная у 95,8% (69/72). По мере взросления ребенка эта патология проявлялась ранней невропатией, гипердинамическим синдромом и синдромом дефицита внимания. К окончанию пубертатного периода у 47,2% (34/72) эта симптоматика компенсировалась; у 52,8% (38/72) стабильной компенсации не произошло, вследствие ранней интоксикации ПАВ – 36,1% (26/72) и алкоголем – 45,8% (33/72), а также ЧМТ – 29,2% (21/72), которые были пролечены в остром периоде лишь у 6,9% (5/72). Таким образом, резидуальный психосиндром детского возраста усугубился органической патологией по мере взросления.

Степень ожоговой болезни оценивалась в соответствии с индексом Франка. У пострадавших с послеожоговыми органическими эмоционально-личностными расстройствами индекс Франка составил 60 и более единиц. В формировании органической патологии значимую роль сыграла интоксикация острого периода ожоговой болезни на стадиях токсемии и септикотоксемии, а также неблагоприятные факторы процесса лечения (неоднократные операции разного объема, перевязки и т.п., проводимые под общим наркозом). В среднем каждый больной получил $8 \pm 4,5$ общих наркозов. Сформировавшиеся послеожоговые дефекты видимых частей тела – 56,9% (41/72), деформации скелета – 5,6% (4/72) и контрактуры – 9,7% (7/72), являясь значимой психотравмой (Шадрин И.В., 2002), стали дополнительным фактором в патогенезе формирования органических эмоционально-личностных расстройств. Первые

проявления психопатологической симптоматики появлялись у пострадавших в остром периоде ожоговой болезни, более четко оформляясь в реконвалесцентном периоде. Однако в виде органических психических расстройств они окончательно сформировались в период от 6 мес. и позднее после перенесенной ожоговой болезни. Диагностированы следующие органические психические расстройства (непсихотические формы): органическое астеническое расстройство F 06.6 – 50% (36/72), органическое депрессивное расстройство F 06.32 – 33,3% (24/72), органическое тревожное расстройство F 06.4 – 16,7% (12/72). Выявленные органические эмоционально-личностные расстройства обуславливали проблемы социальной адаптации в той или иной степени выраженности у всех пострадавших.

Выводы:

1. Ожоговая болезнь не заканчивается заживлением ран; психопатологические изменения, возникшие вследствие заболевания, проявляются в периоде ее отдаленных последствий.

2. Лица, перенесшие ожоговую болезнь, являются группой риска по психическим расстройствам, в частности органическим эмоционально-личностным.

3. Среди предрасполагающих факторов для формирования органического эмоционально-личностного расстройства наиболее значимым является фактор резидуально-органической церебральной недостаточности детско-подросткового возраста, который усугубляется по мере взросления такими факторами, как ЧМТ, а также интоксикациями ПАВ и алкоголем.

4. Органические психические расстройства коррелируют с индексом Франка (от 60 единиц и выше), фактором интоксикации острого периода ожоговой болезни, количеством случаев применения общего наркоза.

5. Психопатологические расстройства периода отдаленных последствий ожоговой болезни имеют место у пострадавших с различными исходами заболевания, но наиболее выражено протекают у лиц со сформировавшимися послеожоговыми дефектами видимых частей тела, деформациями скелета и контрактурами.

6. Адекватное и своевременное лечение, а также реабилитация лиц, перенесших ожоговую болезнь, с учетом сформировавшихся органических эмоционально-личностных расстройств, способствует качественной психосоциальной адаптации пострадавших.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СТИГМАТИЗАЦИИ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТАЖНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**О.М. Бойко, О.Ю. Казьмина,
М.А. Омельченко, О.А. Щелокова**
*Научный центр психического здоровья РАМН,
Москва, Россия*

Психическое заболевание, помимо непосредственного ущерба для социального функционирования пациента негативно отражается на жизни людей, составляющих круг его общения. Сам факт его наличия является пролонгированным травматическим событием, существенноотяжеляющим дальнейшую жизнь, начиная с материальной стороны [4] заканчивая мировоззренческой [1]. Стигматизирующий потенциал психического заболевания, как для самого пациента, так и его родственников, чрезвычайно высок, что проявляется во всех сферах жизни. К проявлениям стигматизации принято относить «навешивание ярлыков, стереотипное восприятие, изолирование, лишение социального статуса и дискриминацию» [5].

Нестигматизирующее отношение к психическому заболеванию родственника со стороны членов семьи, умение разделять личность и проявления болезненного состояния положительно коррелируют с приверженностью лечению, повышением качества ремиссии, а также уровнем психологического благополучия каждого человека, вовлеченного в данную ситуацию [6; 5]. Уточнение психологических механизмов формирования стигматизации и их использование в практической работе может повысить качество терапевтического альянса, что положительно отражается на течении заболевания [2]. Поэтому, несмотря на обширность проводимых исследований, сохраняется необходимость их прояснения.

Для уточнения применяемого методического инструментария было проведено пилотажное исследование. Обследованы 12 родственников первой степени родства (матери) больных, госпитализированных в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН в период с июня по сентябрь 2012 г. (из родственников 38 госпитализированных больных 15 человек отказались от сотрудничества, 11 человек не завершили обследование). В исследование были включены родственники больных с эндогенными психическими заболеваниями шизофреническо-

го спектра, манифестирующими в юношеском возрасте (МКБ-10: F20.0, F21.3, F21.4, F25.0, F25.1). Для выявления корреляции со степенью выраженности психопатологической симптоматики больные обследовались по шкале оценки позитивных и негативных синдромов PANSS (средний суммарный балл $81,6 \pm 21,1$), шкале Гамильтона для оценки депрессии HDRS (средний балл $23,4 \pm 6,9$) и шкале Янга для оценки мании YMRS (средний балл $15,7 \pm 11,6$). Для выявления характера стигматизации и личностных особенностей представителей исследуемой группы применялись опросник «Психическое нездоровье в общественном сознании» (Ястребов В.С. и соавт., 2001), опросник COPE, опросник «Уровень субъективного контроля», опросник жизнестойкости Мадди (адаптация Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И.), опросник SCL-90-R (адаптация Тарабриной Н.), опросник «Стиль привязанности у взрослых», опросник «Восприятие социальной поддержки». Проводилась статистическая обработка данных с применением непараметрического коэффициента корреляции Спирмена в статпакете SPSS 17.0.

Результаты и их обсуждение. Во-первых, получены положительные корреляции такой личностной характеристики, как интернальность неудач с уровнем показателей по шкале негативной симптоматики PANSS ($0,654$, при $p \leq 0,05$), а также с общим значением шкалы при PANSS ($0,617$, при $p \leq 0,05$). Последний параметр также имеет положительные корреляции с интернальностью межличностных отношений ($0,668$, при $p \leq 0,05$). Выявлены отрицательные корреляции между использованием стратегии совладания в виде обращения за эмоциональной поддержкой и таким проявлением психической стигматизации, как агрессивное неприятие ($-0,595$, при $p \leq 0,5$), что может указывать на один из механизмов, подкрепляющих стигматизацию, и должно быть использовано в психокоррекционной работе.

Отрицательные корреляции между негативным отношением к психиатрии и интернальностью субъективного контроля в отношении здоровья ($-0,652$, при $p \leq 0,05$) дают возможность предположить его личностное значение для родственника как совладание с переживаемым бессилием. Учет данного фактора может облегчить установление контакта и положительно отразиться на приверженности лечению. Одновременно с тем, положительные корреляции между таким фактором стигматизации, как «агрессивное неприятие» и интернальность производственных отношений ($0,671$, при $p \leq 0,05$), подтверждают общую личностную направленность на достижение результата «любой ценой» без учета реальных возможностей.

Представляется интересной и положительная корреляция положительного восприятия социальной поддержки от пациента с представлениями о небιологических причинах заболевания (0,672, при $p \leq 0,05$). Ее механизмы нуждаются в дальнейшем прояснении, но в качестве одной из причин можно предположить невозможность отделения проявлений психического заболевания от личности близкого человека, что приводит к выбору между принятием факта заболевания и отстраненному, обезличенному отношению к пациенту [2]. Последнее также является мишенью психокоррекционной помощи.

Более закономерными кажутся отрицательные корреляции такого показателя жизнестойкости, как «контроль» со следующими проявлениями психического неблагополучия испытуемых, измеренного с помощью SCL-90-R: с уровнем обсессивно-компульсивной симптоматики (-0,613, при $p \leq 0,05$), депрессии (-0,656, при $p \leq 0,05$) и тревоги (-0,591, при $p \leq 0,05$). Понимание, что жизнь и ее отдельные важные области в целом контролируемы и предсказуемы, является одним из базовых убеждений человека, придающих ему ощущение безопасности [4].

Полученные данные, предвзя более обширное исследование, помогают даже на этом этапе выделить мишени психокоррекционной работы с родственниками людей, страдающих психическими заболеваниями.

Литература

1. Бочаров В.В., Иовлев Б.В., Корман Т.А. Клинико-психологические аспекты исследований родственников больных шизофренией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. 2009. № 2.
2. Солоненко А.В. Клинико-психологические аспекты межличностных отношений в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом и эффективность семейной психотерапии в повышении уровня социального функционирования пациентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
3. Тарабина Н.В., Падун М.А. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Моск. психотерапевт. журнал. № 1 (36).
4. Ястребов В.С., Солохина Т.Ф., Шевченко Л.С. и др. Экономическая оценка последствий психических заболеваний: метод. рекомендации для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения. М.: МАКС Пресс, 2009.
5. Ostman M., Kjellin L. Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness // The British Journal of Psychiatry 2002; 181: 494–498. <http://www.psychopsor.org/1998/22/1-1.php>.
6. Ross M.G. Norman R.M.G., Deborah Windell D., Jill Lynch J., Rahul Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders // Schizophrenia Research 133 (2011) 3–7.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Б.А. Борболдоев, Т.М. Кадырова, А.С. Мамбетова

Кыргызская государственная юридическая академия

Кыргызская государственная медицинская академия

им. И.К.Ахунбаева,

Республиканский центр психического здоровья,

Бишкек, Киргизия

На протяжении последних десяти лет в Кыргызской Республике (КР) наблюдается тенденция к увеличению числа проводимых судебно-психиатрических, судебно-психологических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз как в рамках уголовного, так и гражданского судопроизводства. Их анализ позволяет констатировать наличие негативных тенденций, сложившихся в республике за эти годы. Противоречия социально-экономического и политического развития, социальное неравенство и неустроенность, семейное неблагополучие, кризис духовности, девальвация навыков и норм поведения и многие другие факторы объясняют, с одной стороны, рост преступлений среди населения, а с другой – возникновение административных, семейных тяжб, конфликтных ситуаций, требующих гражданского урегулирования.

Проведение судебно-психологической, судебно-психиатрической экспертизы, а также комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы регламентировано ст. 199, 200, 203-210 УПК КР (в редакции Закона от 17 октября 2008 № 220), а также целым рядом нормативно-правовых документов, утвержденных МЗ КР. В практической деятельности эксперты психиатры руководствуются инструкцией «О производстве судебно-психиатрической экспертизы в КР», положением «О центральной судебно-психиатрической экспертной комиссии», «Методическими указаниями по составлению акта судебно-психиатрической экспертизы» и пр.

Одной из актуальных проблем в судебной психиатрии в республике является возрастание роли психологов как экспертов. В рамках их компетенции рассматриваются такие вопросы, как установление/исключение состояния физиологического аффекта, определение личностных особенностей подэкспертного, психологического возраста, состояния беспомощности, изучение когнитивной сферы с выявлением особенностей аттентивно-мнестических и интеллектуальных процессов. Значительно возросла роль детских психологов, высту-

пающих экспертами, при рассмотрении вопросов о степени привязанности ребенка к членам семьи, о наличии/отсутствии признаков инфантилизма, возможности дачи показания в качестве свидетеля в силу своих возрастных и психологических особенностей, склонности к фантазированию и пр.

В целом судебная экспертная деятельность психологов носит трехуровневый характер: первый уровень соотносится с патопсихологическим обследованием подэкспертных и выступает как дополнительный метод обследования наряду с другими (лабораторные, инструментальные) в структуре основного клинико-психопатологического метода при психиатрическом освидетельствовании. При этом результаты экспериментально-психологического обследования могут приниматься полностью либо частично.

Психологическое освидетельствование состояния подэкспертных на этом уровне сводится, в основном, к психодиагностике, к формальному анализу и констатации полученных результатов. В связи с этим могут возникать ситуации, когда заключение экспериментально-психологического обследования подэкспертного расходится с клинико-психопатологической оценкой его психического состояния. В частности, низкие результаты при выполнении методики Равена (7-10 правильных ответов из 60) ориентируют психолога на наличие у подэкспертного когнитивного дефицита, соответствующего уровню деменции умеренной степени. Психиатрическое обследование подэкспертного с учетом внешнего облика, выражения лица, особенностей его невербального поведения, содержания речи, «проколов» при ответах позволяет констатировать наличие симуляции деменции.

Второй уровень – это участие экспертов-психологов в структуре комплексной психолого-психиатрической экспертизы, когда заключение выносится отдельным разделом в форме ответов на вопросы, определяющих только психологические аспекты психики подэкспертного. И наконец, третий уровень – судебно-психологическая экспертиза выступает как самостоятельная судебная процедура, выполняемая в соответствии с постановлением судебных органов и предъявлением вопросов, находящихся в компетенции только специалистов-психологов.

К сожалению, следует констатировать, что становление именно судебной психологии началось с момента обретения республикой независимости, число психологов ограничивалось единицами и потребности в судебном психологическом освидетельствовании подэкспертных не были столь востребованными, как это наблюдается на протяжении последних лет. Специализированная же психиатрическая помощь в республике функционирует более 70 лет и подготовка специалистов в системе охраны психического здоровья носит системный,

организованный характер, чего нельзя сказать в отношении подготовки судебных экспертов психологов. Традиционно складывается, что специалисты, работающие в системе охраны психического здоровья, т.е. психиатры, имеющие определенный опыт практической деятельности и специализацию по судебной психиатрии, имеют право работать в качестве судебных экспертов-психиатров.

Несмотря на возрастающую роль экспертной деятельности психологов, отработанной системы по их специальной подготовке в области судебной психологии, к сожалению, в республике нет. В образовательных программах подготовки психологов в высших учебных заведениях существует курс «Юридическая психология», в структуре которого (36 часов) учебные элементы, касающиеся организации, проведения, написания судебно-психологической экспертизы, составляют всего 2-4 часа.

Таким образом, можно говорить об отсутствии базовой подготовки в области судебной психологии, хотя гуманитарное психологическое образование не в состоянии охватить все отрасли знаний. В связи с этим созрела потребность в организации курсов или специализации по судебной психологии с выдачей сертификата «судебный психолог», обеспечивающего право судебной экспертной деятельности. Существующий в республике Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (КГМИП и ПК), имеющий в своей структуре подразделение по психологии и педагогике, пока не в состоянии обеспечивать потребности в обучении психологов основам судебной психологии. В результате, подготовка судебных психологов в республике осуществляется внутренними ресурсами на базе РЦПЗ.

Таким образом, практика судебно-психиатрической службы в республике настоятельно требует решения задач по организации образовательных программ и подготовке судебных-экспертов психологов по аналогии обучения психиатров-экспертов с получением сертификата «эксперт-психолог», предоставляющего право данный вид деятельности. Решение этой проблемы в свою очередь обеспечит системный и дифференцированный подход к проведению психиатрического, и особенно, психологического освидетельствования подэкспертных.

Литература

1. Аверьянова Т.В. Судебная экспертиза: курс общей теории. М., 2006. 480 с.
2. Васильева Н.В., Горьковая И.А. Судебная экспертиза и ее клинико-психологические обоснования: практ. рук. СПб., 1997. 170 с.
3. Коченов В.П. Введение в судебно-психологическую экспертизу. М., 1980. 117 с.
4. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: науч.-практ. рук. М., 1999. 497 с.

5. Международная классификация психических и поведенческих расстройств болезней (МКБ-10). Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ; Женева: СПб., 1995.

6. Судебная психиатрия: учеб. пособие / под. ред. Т.Б. Дмитриевой, А.А. Ткаченко, Н.К. Харитоновой, С.Н. Шишкова. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. 752 с.

7. Уголовный кодекс КР (в редакции Законов КР от 25 июня 2007 года № 91).

8. Уголовно-процессуальный кодекс КР (в редакции Законов КР от 17 октября 2008 года № 220).

9. Шиханцов Г.Г. Юридическая психология: учебник для вузов. М.: Зеркало, 2000. 352 с.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ И ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

О.В. Голубчикова, И.В. Шадрина, Г.В. Мамин

*Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Россия*

Актуальность. Квалифицированная диагностика аффективных расстройств невозможна без комплексного анализа механизмов симптомообразования, включая структурно-функциональные (мозговые), личностные и личностно-средовые условия, т.е. без той «почвы», на которой возникает заболевание (Нуллер Ю.Л., 1988, 1991; Краснов В.Н., 2009).

Цель. Анализ социально-демографических и этиопатогенетических факторов депрессивных расстройств, возникающих в отдаленном периоде ЧМТ (ЧМТДР), в сравнении с эндогенными депрессивными расстройствами (ЭДР). Обследовано 122 пациента, госпитализированных по причине депрессивного эпизода в рамках органического (F 06.3) и эндогенного (F 32-33) аффективных расстройств (63,1% – мужчины, 36,9% – женщины). Возраст от 18 до 45 лет. Выделено 3 группы: 1) 45 чел. с депрессивным расстройством в отдаленном периоде ЧМТ (ЧМТДР); 2) 45 чел. с эндогенными депрессивными расстройствами (ЭДР); 3) 32 чел. с сочетанной патологией – эндогенными депрессивными расстройствами, отягощенными церебральной травмой (ЭДР+ЧМТ).

В группе ЧМТДР 88,9% (40/120) составили лица, перенесшие закрытую церебральную травму. Открытую форму ЧМТ перенесли только 11,1% (4/120). В соответствии с общепринятой классификацией (Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С., 2000) на основании медицинской документации и анамнестических сведений для каждого конкретного случая была уточнена клиническая форма перенесенной ЧМТ (по

острому периоду). Сотрясение головного мозга установлено у 37,8% (17/120), ушибы – 62,2% (28/120), из них легкой степени – 26,7% (12/120), средней – 28,9% (13/120), тяжелой – 6,6% (3/120). У 75% (24/120) больных с сочетанной патологией – ЭДР+ЧМТ – на фоне имеющегося эндогенного аффективного расстройства было диагностировано сотрясение мозга; у 25% (8/120) – легкие ушибы, при этом все 100% (32/120) пациентов перенесли закрытую ЧМТ. Случаев средних и тяжелых ушибов, сдавлений головного мозга не выявлено.

При сопоставлении исследуемых групп с использованием статистического анализа по данным анамнеза обнаружилось достоверное различие в наследственной отягощенности: эндогенные заболевания выявлены в 35,6% при ЭДР и в 25% при ЭДР+ЧМТ, тогда как в ЧМТДР она составляла 2,2% ($p < 0,01$). У 15,6% больных этой группы среди родственников выявлялись лица, страдавшие алкоголизмом, тогда как в группе ЭДР подобная наследственность составила 8,9%, а в ЭДР+ЧМТ 6,25% ($p < 0,01$). Известно, что алкоголизм у родителей способствует формированию врожденной неполноценности эмоциональных структур головного мозга у детей, которая длительно не проявляется клинически. После ЧМТ именно у таких лиц чаще всего возникают депрессивные расстройства (Naugle R.L., 1990; Pepping M. and Rouche J.R, 1991; Анохина И.П., 2000). Психогении в структуре этиологических факторов депрессий оказались представленными приблизительно одинаково: в 28,9% – ЧМТДР, 22,2% – ЭДР; при этом наблюдалось отчетливое преобладание их в группе ЭДР+ЧМТ (43,8%). Таким образом, психологические механизмы являются немаловажным моментом в развитии депрессий экзогенно-органического и эндогенного происхождения, при этом у больных с сочетанной патологией повышается чувствительность к данному фактору.

Выявлены межгрупповые различия по социально-демографическим показателям: в обеих «посттравматических» группах – ЧТДР и ЭДР+ЧМТ – большинство составили мужчины (86,7% и 75% соответственно), по сравнению с эндогенными депрессивными расстройствами – ЭДР, где преобладали женщины (68,9%, $p < 0,001$). Полученные результаты отражают клиническую реальность, т.е. церебральный травматизм чаще встречается у лиц мужского пола, а эндогенные депрессии более распространены среди женщин (Godfrey H.P.D., 1995; Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А., 1997). Наиболее высокий уровень образования оказался у больных с эндогенными депрессивными расстройствами: в группе ЭДР 42,2% имели высшее и 55,6% среднее и средне-специальное образование; в ЭДР+ЧМТ – 25% и 62,5%; в ЧМТДР – 8,9% и 88,9% соответственно (с достоверными различиями ЭДР и ЧМТДР по обеим, а ЭДР+ЧМТ и ЧМТДР – по второму показателю). Такой результат можно объяснить более выраженными и

стойкими нарушениями в интеллектуально-мнестической сфере, возникающими у больных с последствиями ЧМТ, что не могло не отразиться на процессе обучения. Анализ учебно-производственной деятельности и динамики социально-профессионального статуса больных показал, что 68,9% пациентов с ЧМТДР и 50% с ЭДР+ЧМТ не работали и не учились. В группе ЭДР таких лиц было заметно меньше – 40%, что достоверно отличало её от ЧМТДР ($p < 0,05$). Более выраженная социальная дезадаптация больных с депрессиями в отдаленном периоде ЧМТ выявилась при анализе семейного положения: в группе ЧМТДР оказалось больше лиц, никогда не вступавших в брак (42,2%), относительно 33,3% в ЭДР и 12,5% в ЭДР+ЧМТ ($p < 0,05$ с последней группой); в ЭДР+ЧМТ было больше разведенных пациентов (43,8%) против 31,1% в ЧМТДР и 13,4% в ЭДР ($p < 0,01$ с последней, без существенной разницы с ЧМТДР). Свыше половины больных с ЭДР были женаты/замужем (53,3%) в сравнении с ЧМТДР, где аналогичный показатель составлял 26,7% ($p < 0,05$) и ЭДР+ЧМТ – 43,8% (без статистически значимого уровня различий). Средний возраст манифестации аффективных расстройств имел близкие значения: 28,18 – в ЧМТДР; 26,8 – в ЭДР; 28,38 лет – в ЭДР+ЧМТ, при этом больные с ЧМТДР отличались от двух других групп относительно небольшой длительностью депрессивных психозов в анамнезе (в среднем 5,56 лет) относительно 8,9 лет в ЭДР и 10,31 – в ЭДР+ЧМТ ($p < 0,05$).

В ходе исследования пациентов с отдаленными последствиями церебральной травмы не было обнаружено существенных различий по следующим характеристикам: давность ЧМТ ((12,13±8,3) лет в ЧМТДР и (9,44±7,5) лет в ЭДР+ЧМТ), длительность периода между ЧМТ и манифестацией депрессий (временной интервал от ЧМТ до появления аффективных расстройств в ЧМТДР в среднем составил (6,16±5,45) лет, а продолжительность аффективного расстройства до случая ЧМТ в группе ЭДР+ЧМТ – (6,5±4,3) года). Достоверное отличие ЧМТДР от ЭДР+ЧМТ касалось только возраста, в котором была перенесена травма: являясь в группе больных с отдаленными последствиями ЧМТ первичной патологией, церебральная травма соответствовала более молодому возрасту – (21,76±10,04) лет по сравнению с теми, у кого ЧМТ случилась на фоне эндогенного аффективного расстройства в среднем в (28±8,05) лет ($p < 0,01$). Полученные результаты совпадают с литературными данными о том, что ЧМТ чаще подвергаются лица наиболее молодого и работоспособного возраста – от 20 до 40 лет (Сингур Н.А., 1970; Godfrey, H.P.D. and Smith L.M., 1995), что повышает значимость своевременной диагностики, лечения и реабилитационных мероприятий для профилактики депрессивных расстройств на этапе отдаленных последствий ЧМТ.

ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ К ПСИХОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

А.В. Кучаева, Д.Г. Семенихин,
А.М. Карпов, Е.Б. Михайлова

*Казанская государственная медицинская академия,
Казань, Россия*

Актуальность. Более 5% населения земного шара (около 200 млн человек), по данным ВОЗ, страдает депрессиями. Психотропная терапия – достоверно эффективный метод лечения депрессивных расстройств любой этиологии (Stokes P., Holtz A., 2010). Различный этиопатогенез депрессивных состояний часто предполагает различие внутренней картины болезни и лечения, что оказывает влияние на комплаентность больных (Burne D.G., 2002).

Цель. Изучение особенностей отношения к терапии пациентов антидепрессантами и нейролептиками, больных эндогенной и реактивной депрессией с последующей разработкой методов повышения комплаентности.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании приняли участие 80 человек: 40 пациентов с диагнозом шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (МКБ 10-F25.1) и 40 пациентов с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство (МКБ 10-F41.2), находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан им. акад., В.М. Бехтерева» г. Казани, получавших тимоаналептическую и нейролептическую терапию. Из 80 испытуемых 46 – женщин, 34 – мужчин, возраст – 14-83 лет, средний возраст 48,5 лет. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с использованием анкетирования. При его составлении использовалась методика Дембо – Рубинштейна в модификации Т.М. Габриэля (1972), которая предполагала 7-балльное ранжирование исследуемых признаков, где оценки «1» и «7» баллов являются в определенной степени противоположными полюсами выбранной для оценки характеристики. Полученные данные обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты. Исследование отношения к фармакологическим группам препаратов антидепрессанты и нейролептики проводилось посредством графического отображения выраженности феноменов, значимых для больного. Наибольшие оценки антидепрессанты и нейролептические средства получили среди больных с диагнозом шизо-

аффективное расстройство (преобладают «5–7» баллов), наименьшие – среди больных с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство (оценки «1–3» балла). Необходимость приема антипсихотических средств у пациентов с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство игнорировалась, антидепрессанты получили также невысокие оценки. Различия носят достоверный характер.

Данное явление у пациентов с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство проявлялось при применении нейролептиков с выраженной холинолитической активностью (Spieb-Kiefer C. et al., 1986). Антидепрессанты серотонинергического действия у данной категории пациентов способны были формировать и усиливать состояние тревоги (Kerr J.S. et al., 1991).

Отношение к психофармакотерапии у больных с диагнозом шизоаффективное расстройство часто не зависело от назначенной фармакологической группы препаратов, что связано с болезненными изменениями психики – аутистическим отрывом от реальности, отчуждением сознания собственного тела (Бочарова М.В., 2007).

Вывод. Больные с эндогенной депрессией при проведении психофармакотерапии не испытывают предпочтения к нейролептикам и антидепрессантам. Больные с депрессивными нарушениями невротического уровня относятся отрицательно как к нейролептической, так и антидепрессивной терапии. Полученные данные могут быть использованы при разработке программ комплаентности больных с депрессивными состояниями.

КОМПЕТЕНТНОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКЕ ДЕМЕНЦИЙ

Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

Клиническая психология, включая психодиагностику, заняла свое достойное место как в психиатрии, сформировав соответствующий раздел – патопсихологию, в неврологии – нейропсихологию, так и в клинической медицине. Если в психиатрии и патопсихологии предмет, цели и задачи психодиагностики достаточно методологически и диагностически разведены и взаимно дополняют друг друга как на симптомальном, так и на синдромальном уровнях, то в меньшей степени это можно сказать о неврологии и нейропсихологии, а использование психодиагностических методик в соматической медицине носят пока случайный и мало обоснованный характер. Внешняя простота

тестов и опросников порождает у многих врачей, особенно в исследованиях (чему еще способствуют рекомендации фармацевтических фирм), желание их широкого использования. Именно на этот факт указывают М.К. Акимова с соавт. (2003), полагая, что психологическая диагностика невозможна без знаний основных законов психологии, и называют это увлечение «диагностоманией», а исследователя – «неквалифицированным пользователем». За последние десять лет, особенно в неврологии, появилось более четырех десятков методических рекомендаций, практических пособий и руководств для врачей по диагностике синдрома деменции, в которых широко используются психодиагностические методики.

Так, О.С. Левин приводит следующие общие принципы (подходы) к диагностике деменции: 1) сбор анамнеза; 2) нейропсихологическое исследование; 3) неврологический осмотр; 4) общий осмотр; 5) исследование аффективных и поведенческих нарушений; 6) исследование функционального статуса (уровня поведенческой активности) пациента; 7) лабораторное исследование и др. Можно было бы логически считать, что как не будет невролог сам проводить лабораторные исследования крови, так и психологические исследования соответственно будет проводить психолог. Но порядок диагностики показывает, что невролог посылает пациента к психологу раньше проведения неврологического и общего осмотра пациента, который пришел к врачу-специалисту. В большинстве книг автора приводится обилие психологических тестов и опросников, которые рекомендуется проводить самим врачам-неврологам. В общем и неврологическом осмотрах автор приводит таблицу «Когнитивные функции и методы их оценки», а в нейропсихологическом исследовании вновь возвращается к нарушенным и сохраненным когнитивным функциям. Следовательно, из семи приведенных диагностических подходов три психодиагностических, а при приведенном подходе к общему и неврологическому осмотру пять составляют исследование когнитивных функций с помощью психодиагностики.

Существует множество классификаций методов психологического исследования (Ананьев Б.Г., 1987; Немов Р.С., 1995; и др.), но все они основаны на парадигме целостности психологического исследования, среди которых базовыми группами являются организационные (в нашем случае – комплексный), информационные, обработки результатов экспериментов и наблюдений и интерпретационные методы. И это только требование к использованию психологического исследования без включения клинических и других параклинических данных. В клинической психологии, а соответственно в психиатрии и неврологии, выделяют клинко-психологическое исследование, которое большинство неврологов как аналог обозначает нейропсихологическим (к сожалению, многие психиатры также предпочитают термин нейропсихологическое вместо

патопсихологического). Так, Н.Н. Яхно с соавт. (2010) в руководстве для врачей «для широкой клинической практики» и «объективизации когнитивного статуса» рекомендуют следующий минимум: 1) краткая шкала оценки психического статуса (MMSE); 2) батарея тестов для оценки лобной дисфункции; 3) тест рисования часов. Для анализа возьмем наиболее популярный по частоте встречаемости в исследовании, а также по абсурдности интерпретации тест MMSE. Из самого названия теста следует, что тест MMSE является скрининговым, позволяющий обратить внимание на когнитивный дефицит, но не диагностировать его даже на синдромальном уровне. Между тем в большинстве неврологических публикаций с использованием теста приводится следующая интерпретация полученных баллов: нет нарушений когнитивных функций; недементные когнитивные нарушения; деменция легкой степени выраженности; деменция умеренной степени выраженности и тяжелая деменция (Н.Н. Яхно) И всё это выводится по одному скрининговому тесту? Для понимания абсурдности интерпретации результатов теста приведем полученные автором (к сожалению, психиатром) (Кренкель Г.Л., 2007) у больных в дооперационном и раннем послеоперационном периодах при операции на сердце (аортокоронарное шунтирование). На пятый день после операции у 39,5% пациентов отмечены отклонения по шкале MMSE первой группы; 55,5% – второй; 18,7% – третьей (группы отличаются характером оперативного вмешательства). По степени выраженности деменции по шкале MMSE в первой группе: легкая у 18,4%, умеренная – у 13,1% и выраженная – у 2,6% пациентов и т.д. На 14-й день процент этих «дементий» существенно снижается. Получается, что в результате медицинских манипуляций у пациента возникла не «деменция», а имели место временные мнестико-интеллектуальные затруднения, по-видимому, обусловленные расстройством сознания, например легким ундулирующим оглушением или протрагированной астенией, в структуру которых входят в том числе и временные мнестико-интеллектуальные затруднения, не имеющие никакого отношения к синдрому деменции. А врач-кардиолог в похожем исследовании, также используя обсуждаемый тест, с трибуны кардионеврологической конференции (Самара, 2012), заявила, что 2/3 прооперированных пациентов «дементны и недееспособны». Несвободны от подобных методологических ошибок и неврологи. Так, О.С. Левин (2011) выделил подглаву 1.7. «Деменция и дееспособность», в которой можно предположить также результат ошибочной интерпретации психологических тестов: «Диагноз деменции не является синонимом недееспособности» (С. 25). В данной книге автор приводит около 40 различных тестов и опросников, на которых должен строиться алгоритм диагностики деменций, которыми «должен «в большей или меньшей степени владеть врач любой специальности, но и в первую очередь, безусловно, невролог...» (С. 6).

Наиболее организационно-методически психологическая диагностика в рамках клинико-психологического исследования разработана в судебной психиатрии, где не только отработан набор методик (скрининговые в них не входят), но и рассчитан их временной диапазон.

Следовательно, скрининговые методики исследования когнитивных функций позволяют врачу в рамках предварительного диагноза и дальнейшего его уточнения сформулировать перед патопсихологом или нейропсихологом клинико-психологический запрос о наличии патопсихологического или нейропсихологического синдрома, в нашем случае – синдрома деменции.

Юридическая (консультативная и судебная) практика свидетельствует о том, что вопрос о компетентности конкретного лечащего врача в определенной клинической ситуации не является столь простым и очевидным, как это может показаться с первого взгляда. С одной стороны, вся ответственность за диагностику, терапию и реабилитацию законы возлагают на лечащего врача, но с другой – он должен обладать соответствующими знаниями и умениями. Сегодня знания в области клинической, общей и личностной психологии скупо преподаются в вузе, но не преподаются психодиагностика в клинической практике, а следовательно, нет и навыков проведения экспериментально-психологического исследования и выбора тестовой батареи и специальных индивидуальных тестов и опросников для конкретного пациента.

О ВЫЯВЛЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Г. Резвэй, Т. Сёрли

Университет Тромсё, Тромсё, Норвегия

Способности врачей общей практики по выявлению, диагностике и лечению больных с психическими расстройствами часто считаются недостаточными. Сравнение результатов научных исследований в области психических расстройств и результатов собеседований врачей общей практики по выявлению психических расстройств показывает, что 30-70% пациентов врачей общей практики, имеющих психические расстройства, остаются недиагностированными (Walters et al., 2008). Существуют определенные барьеры, которые препятствуют врачам выявлять проблемы психического здоровья в повседневной практике. К ним относятся вопросы как индивидуального, так и системного характера: личные и профессиональные убеждения, степень внимания, уделяемого психическим расстройствам, недостаточная подготовка и

профессиональный опыт, высокая интенсивность работы врача общей практики, которая не позволяет уделить достаточно времени для консультаций с коллегами по прояснению клинической ситуации и подбору адекватной терапии, боязнь стигматизации, которая останавливает больных с психическими расстройствами от обращения за медицинской помощью.

Врачи общей практики несут ответственность за большинство проблем психического здоровья в системе здравоохранения, и большинство из них пытаются выполнять эту роль, не имея специальной подготовки, помимо той, что они получили во время университетского медицинского образования. Эта ситуация требует улучшения, и она может быть улучшена (Kerwick et al., 1997). Действующая система последипломного обучения подвергается критике за отсутствие соответствующего потребностям врачей общей практики психиатрического образования.

В России первичная медико-санитарная помощь переживает всеобъемлющие реформы. В 1987 г. был начат постепенный переход от полностью специализированной амбулаторной медицинской помощи к развитию системы врачей общей практики (семейных врачей). Согласно новым профессиональным стандартам семейные врачи должны активно участвовать в диагностическом процессе и лечении больных с психическими расстройствами. Требования к компетентности при решении этих задач определены с 2005 г. в Национальном стандарте для специалистов в области семейной медицины. Согласно этому документу семейные врачи должны уметь общаться с психиатрическими пациентами так, чтобы выявлять суицидальные мысли и намерения, использовать простые методы диагностики для выявления депрессии и алкоголизма (наркомании). Семейные врачи должны иметь базовые теоретические знания об основных психопатологических проявлениях психических заболеваний, знать показания для госпитализации в психиатрический стационар и основные принципы неотложной психиатрической помощи.

Система охраны психического здоровья в России в настоящее время состоит из стационарных и амбулаторных специализированных психиатрических учреждений, работающих по территориальному принципу (Rezvy et al., 2007). Амбулаторная служба охраны психического здоровья представлена врачами-психиатрами, работающими в поликлиниках городов и районов, а также психоневрологических диспансерах. При этом, взаимодействие между первичной и специализированной психиатрической службой по-прежнему развито слабо, а большинство семейных врачей не желают брать на себя ответственность за психически больных.

В этой ситуации наиболее эффективным методом для выявления психических расстройств в первичной медицинской сети может стать структурированное диагностическое интервью по вопросам психических расстройств для врачей общей практики. По мнению ряда сравнительных исследований, структурированное интервью в клинических условиях можно рассматривать как более эффективное и точное средство диагностики, чем неструктурированное интервью, особенно в отношении психических расстройств (Miller, 2001; Jensen et al., 2002). Одним из примеров таких диагностических инструментов является «Структурированное психиатрическое интервью для общей врачебной практики» (SPIFA), которое разработано и рекомендовано к применению в Норвегии в 1995-2003 гг. После непродолжительного обучения работе с этим инструментом врачи общей практики получают эффективное средство для систематической оценки и надежной диагностики самых распространенных психических расстройств; депрессии, биполярного расстройства, панического расстройства, агорафобии, социальных фобий, генерализованного тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, соматоформного расстройства, злоупотребления алкоголем и зависимости, когнитивных нарушений, а также расстройств адаптации, посттравматического стрессового расстройства, расстройства пищевого поведения, суицидального поведения, токсикоманий, психозов, психических расстройств, связанных с соматическими состояниями, расстройств личности.

В настоящее время готовится русскоязычная версия SPIFA, адаптированная к российской культуре и прошедшая клинические испытания в одном из российских регионов.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВОЙ И ПОСЛЕДУЮЩИХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Д.Г. Семенихин, А.В. Кучаева, А.М. Карпов,

О.В. Башмакова, И.С. Бурашникова

*Казанская государственная медицинская академия,
Казань, Россия*

Актуальность. G.P. Reynolds (1989) указывал, что клинические проявления шизофрении в конечном счете являются суммой взаимодействия морбидных и фармакогенных факторов нейролептической терапии. Известно, что клиника психических нарушений при параноидной шизофрении у большинства больных различна при первой и

последующих госпитализациях в психиатрический стационар. Отсюда следует предположение об изменении клинических эффектов нейролептической терапии в подобных условиях.

Цель. Изучение особенностей побочных эффектов терапии нейролептиками у больных параноидной шизофренией при первой и последующих госпитализациях для использования при разработке программ повышения приверженности к терапии.

Материалы и методы. Наблюдалась группа из 93 больных мужчин в возрасте $(31,3 \pm 7,2)$ года во время первой и последующих госпитализаций, получавших терапию нейролептиками. Всем больным давали типичные нейролептики, прием которых вызывал побочные эффекты разной степени выраженности, проявлявшиеся, в основном, в неврологической сфере. Учитывая крайнюю близость механизмов возникновения побочных эффектов при приеме классических нейролептиков и идентичность клинических проявлений, разделения по отдельным препаратам и сочетаниям не проводилось. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с использованием анкетирования, «Методических указаний по клиническому изучению новых психотропных лекарственных средств» (Бабаян Э.А. и др., 1980) шкал PANSS, шкал лекарственно вызванной акатизии (Barnes Т.К., 1989). Полученные данные обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Полученные результаты и обсуждение. Был проведен сравнительный анализ выраженности неврологических нарушений, возникших как побочные эффекты нейролептической терапии в динамике заболевания при первичной и последующих госпитализациях. В ходе исследования выявлена различная структура побочных эффектов нейролептической терапии, формирующаяся во время первой и последующих госпитализаций. Выявлено, что элементы демонстративности, «истероформные компоненты» по Г.Я. Авруцкому и А.А. Недуву (1988), Delay J., Deniker P., (1961), П. Деникер, (1984), при синдроме нейролептического паркинсонизма, дискинетических реакциях, акатизии, при вторичных и последующих госпитализациях встречались достоверно чаще. Менялись также жалобы больных.

При первичной госпитализации преобладали жалобы и просьбы больных с требованием отмены нейролептиков по причине отсутствия психического заболевания; ввиду непереносимости препаратов. При вторичной госпитализации (увеличение дозы препаратов-корректоров) – просьба о снижении дозы нейролептиков в связи с тем, что в данный момент, нет психического расстройства; требование отмены нейролептиков вследствие выздоровления, назначения их не по показаниям, так как присутствует соматическое, а не психическое заболевание; требо-

вание отмены нейролептиков, так как пациент здоров, но госпитализирован, потому что неправильно понят.

Наблюдавшиеся нарушения могут быть объяснены преобладанием филогенетически древних истероформных компонентов поведения, что связано с собственно психотропным действием нейролептиков, снижающих когнитивные функции (Яничак Ф.Д. с соавт., 1999), близостью дизонтогенеза психики при шизофрении и истерии (Осипов В.П., 1931), проявляющейся, по всей видимости, дисфункциональным состоянием холинергической системы, опосредованной как действием нейролептических средств, так и наблюдаемой в рамках истерических состояний (Востряков В.М., 1974; Ушаков Г.К. с соавт., 1981). Поскольку госпитализация в психиатрический стационар и лечение в нем в последнее время рассматривается как психотравма, наблюдаемые явления также интерпретированы как адаптация к нейролептической терапии и психическая адаптация к вышеуказанной психической травме и ее развитию.

Выводы. Таким образом, в комплексе побочных эффектов у больных параноидной шизофренией значимое место занимают не только фармакогенно-опосредованные нарушения, но и реакции психогенного характера, что необходимо учитывать при проведении лечения.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОПЕКАЕМЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕЙ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ г. КРАСНОДАРА В 2010 г.

П.В. Ситчихин

*Специализированная психиатрическая больница № 7,
Краснодар, Россия*

В XXI в. возросло количество лиц, признаваемых недееспособными (Мохоныко А.Р., Муганцева Л.А., 2011; Дмитриева Т.Б., 2009). В ряде случаев недееспособные лица (НЛ) остаются без физического лица-опекуна. При наличии медицинских показаний они госпитализируются в психиатрический стационар. В таких случаях в соответствии с ч. 4 ст. 35 ГК РФ «опекуны не назначаются, исполнение обязанностей опекунов возлагается на указанные организации». Возможности выписки и реабилитации НЛ и недееспособных лиц, опекаемых психиатрической больницей (НЛОБ), существенно зависят от вида психического расстройства (Дмитриева Т.Б., 2009; Тиганов А.С., 1999; Бережная Н.И., 1985).

Цель исследования: изучить нозологическую структуру недееспособных лиц, находящихся в психиатрическом стационаре и опекаемых психиатрической больницей.

Материал и методы исследования. Материалом явились данные оригинальной формы учёта количества недееспособных лиц на конец отчётного года в ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница № 7» с 2000 по 2010 гг. (территория обслуживания – весь г. Краснодар с населением на 01.01.2011 г. – 871 600 чел.). Статистический анализ выполнялся с применением программы Statistika 6 (Stat Soft Inc., USA) (модуль сравнения долей и критерий хи-квадрат (χ^2)), а расчёт доверительного интервала для доли – Microsoft Excel-2003. Статистически значимым считался уровень достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В психиатрическом стационаре г. Краснодара с 2000 по 2010 гг., несмотря на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий, наблюдался феномен оседания недееспособных лиц (с 62 чел. в 2000 г. до 149 чел. в 2010 г., максимум – 151 чел. в 2009 г.), а также недееспособных лиц без опекунов (с 16 чел. в 2000 г. до 67 чел. в 2010 г.). Доля НЛ, находящихся в психиатрическом стационаре на конец года, от всех НЛ г. Краснодара достоверно возрастала с 13,8% в 2000 г. до 18,3% в 2010 г. ($\chi^2 = 4,1$, $p = 0,0438$), хотя предпринимаемые усилия по их выписке позволили снизить данный показатель с 19,4% (2007 г.) до 19,7% (2009 г.). Тревожным симптомом явилось статистически значимое увеличение в стационаре доли НЛЮБ от всех НЛ на стационарном лечении с 25,8% в 2000 г. до 45,0% в 2010 г. ($\chi^2 = 6,7$, $p = 0,0095$). Выявлена тенденция достоверного увеличения доли всех НЛ в стационаре от всех психически больных на стационарном лечении на конец года с 6,5% в 2000 г. до 15,8% в 2010 г. ($\chi^2 = 42,3$, $p < 0,0001$). Таким образом, на конец 2010 г. каждая седьмая психиатрическая койка была занята недееспособным больным.

На 31.12.2010 г. в психиатрическом стационаре находилось 67 НЛЮБ, их них 25,4% (17 чел.) с диагнозом деменция, 7,5% (5 чел.) – с диагнозом органическое расстройство личности, 58,2% (39 чел.) – с диагнозом шизофрения и 8,9% (6 чел.) – с диагнозом олигофрения. Получены следующие доверительные границы ($p < 0,05$) к долям нозологий НЛЮБ в психиатрическом стационаре: деменция – от 15,5 до 37,5%, органическое расстройство личности – от 2,5 до 11,2%, шизофрения – от 45,5 до 70,2%, олигофрения – от 3,4 до 18,5%.

На 31.12.2010 г. на территории обслуживания учреждения недееспособными являлись 816 чел., из них 22,1% – с диагнозом деменция, 7,3% – с диагнозом органическое расстройство личности, 34,7% – с диагнозом шизофрения и 35,9% – с диагнозом олигофрения. При сравнении нозологической структуры НЛЮБ, находящихся на стационарном лечении, и всех НЛ г. Краснодара выявлено, что они различаются существенно и статистически значимо ($\chi^2 = 36,5$, $p < 0,0001$) за счёт

долей НЛ с шизофренией и олигофренией. Кроме того, среди НЛОБ в стационаре достоверно ($p < 0,005$) преобладали лица, страдающие шизофренией. Согласно исследованиям российскими учёными возможностей реабилитации (Климов В.А., 2007; Бережная Н.И., 1985) группа НЛ с диагнозом шизофрения наиболее перспективна при условии наличия реабилитационной инфраструктуры в амбулаторных условиях.

Выводы. 1. Тенденция оседания недееспособных больных, в том числе не имеющих опекуна, является актуальной для психиатрического стационара.

2. В психиатрическом стационаре среди опекаемых больницей недееспособных лиц 1-е место занимают больные с диагнозом шизофрения, на 2-м месте – деменция, на 3-м – умственная отсталость и на 4-м – с органическое расстройство личности. Среди данных больных по сравнению с общей структурой недееспособных лиц г. Краснодара больше граждан, страдающих шизофренией, и меньше лиц с диагнозом олигофрения.

3. Выявленные особенности нозологической структуры опекаемых больницей недееспособных лиц необходимо учитывать при планировании организационных и реабилитационных мероприятий, в том числе при расширении реабилитационной сети для психически больных в амбулаторных условиях.

ПЕРВИЧНЫЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ЛИЦ г. КРАСНОДАРА

П.В. Ситчихин, Е.В. Пашко

*Специализированная психиатрическая больница № 7,
Краснодар, Россия*

Социальное и экономическое неблагополучие населения России в 1990-х гг. привело к увеличению числа и изменению структуры общественно опасных действий (ООД) лиц с психическими расстройствами (ЛПР) вследствие нарастания социальной напряжённости (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002). Отечественные исследователи отмечают увеличение доли недееспособных лиц среди психически больных, совершивших ООД: в 1980-х гг. – 2,2% (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995), в начале 1990-х гг. – 4% (Юрьева Л.Н., 1996). Вопросы общественной опасности недееспособных лиц (НЛ) в новых социально-экономических условиях России XXI в. изучены недостаточно.

Цель исследования: изучить первичные общественно опасные действия недееспособных лиц на примере г. Краснодара.

Материалы и методы исследования. В исследование из недееспособных лиц, получавших психиатрическую помощь в психиатрическом диспансере г. Краснодара (далее – диспансер) с 2000 по 2010 г., включены лица, состоявшие под активным диспансерным наблюдением (АДН) и/или в отношении которых применялись медицинские меры принудительного характера. Все указанные НЛ находились на АДН. Из исследования исключены психические больные, лишённые дееспособности после снятия их с АДН (как не представлявшие общественной опасности на момент лишения дееспособности), а также ЛПР, признанные впоследствии дееспособными. НЛ были разделены на 2 группы. Группу I составили ЛПР, являвшиеся недееспособными на момент совершения первого ООД (8 НЛ, из которых на 31.12.2010 г. под диспансерным наблюдением (Д-наблюдением) состояло 6 чел., в архивной группе – 2 чел.). В группу II отнесены ЛПР, лишённые дееспособности после совершения ООД (54 НЛ, из них на 31.12.2010 г. под Д-наблюдением – 32 чел., в архивной группе – 22 чел.).

Статистическая обработка осуществлялась методами непараметрической статистики с помощью пакета статистических программ «Statistika 6.0» («Stat Soft Inc.», USA), в том числе использовались модули описательных статистик, сравнения долей (χ^2 с использованием точного решения Фишера). Различия при $p < 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

Результаты исследования и их обсуждение. В диспансере на 31.12.2010 г. получали психиатрическую помощь 38 НЛ, совершивших ООД (4,66% от всех НЛ под Д-наблюдением). Из них 6 НЛ (15,8%) находились на стационарном принудительном лечении в психиатрических больницах всех типов, 3 НЛ (7,9%) – на АПНЛ, 13 НЛ (34,2%) – под АДН и 16 НЛ (42,1%) – под Д-наблюдением. Доля НЛ под АДН от всех лиц под АДН составила 4,16%, а доля НЛ на АПНЛ от всех больных на АПНЛ – 4,23%. Общее количество общественно опасных НЛ (принудительное лечение, АПНЛ, АДН) в г. Краснодаре составило 2,57 чел./100 тыс. всего населения.

Преобладающим видом ООД в обеих группах являлись правонарушения против жизни и здоровья граждан (в группе I – 50,0% всех ООД, в группе II – 59,3%), что достоверно выше указанных в литературе 8,2% ($p < 0,0001$) среди общей группы недееспособных и недееспособных ЛПР (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995). В группах I и II данный вид ООД преобладал как среди ООД с негативно-личностным (33,3–40,9%), так и с продуктивно-психотическим (71,9–100,0%) механизмами. Полученные результаты приближаются к распределению видов ООД по их механизму у дееспособных ЛПР с диагнозом шизоф-

рения – 13,2 и 71,8% соответственно (Юрьева Л.Н., 1996). Указанная тенденция может быть объяснена высокой долей данного заболевания в исследуемых группах ($\geq 75\%$). Преобладание в общей группе (группа I + II) ООД против жизни и здоровья среди НЛ с шизофренией (61,7%) по сравнению с аналогичным показателем среди НЛ с остальными психическими расстройствами (46,7%) существенно, но статистически недостоверно ($\chi^2 = 1,06$, $p = 0,30$). Преступления против половой неприкосновенности (изнасилования) составили 3,4% всех ООД, что не превышает литературных данных: 3,4% (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995) – 11,3% (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002). ООД против жизни и здоровья чаще всего были обусловлены дефицитом высших эмоций, бредовыми мотивами или эмоциональной бесконтрольностью.

Правонарушения против личной и общественной собственности (в группе I – 12,5% всех ООД, в группе II – 18,5%) совершались в 63,3% случаях по негативно-личностному механизму наиболее часто в виде ситуационно-спровоцированных действий. Хранение и распространение наркотиков обусловлено, как правило, повышенной внушаемостью и подчиняемостью (в группе I – 25,0% всех ООД (2 чел.), в группе II – 5,6% (3 чел.), существенная разница долей связана, вероятно, с малой выборкой в группе I). ООД против общественного порядка совершались НЛ группы I в 12,5% случаях, а НЛ группы II – в 16,7% случаях.

Таким образом, контроль опекунов и усилия психиатрической службы наиболее эффективны в отношении предотвращения хулиганских действий и краж, но недостаточно эффективны в отношении профилактики агрессивных действий НЛ. В таких случаях агрессия направлялась больным на совместно проживающих с ним лиц или на опекуна как на сдерживающий фактор. Например, угрозы, дебош и избивание родственников составили 13,9% всех ООД против жизни и здоровья граждан (что ниже описанных в литературе 30,9% (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002)), а убийство опекунов недееспособными лицами – 2,8% всех ООД против жизни и здоровья граждан (больные ЕАГ а/к 833 и ДСП а/к 3880 – в настоящее время на стационарном принудительном лечении).

В результате лечебно-реабилитационных и организационных мероприятий (открытие дневного стационара, функционирование лечебно-производственных мастерских, улучшение жилищно-бытовых условий в виде расширения жилой площади НЛ, активное внедрение современных психотропных препаратов, в том числе по бесплатному обеспечению, и психобразовательных программ) у 60,0% НЛ (24 НЛ) причиной снятия с АДН явились компенсация или ремиссия психического расстройства.

Вывод. Структуры общественно опасных действий лиц, лишённых дееспособности, и больных, признанных недееспособными после совершения ООД, достаточно близки. Среди общественно опасных действий преобладали правонарушения против жизни и здоровья граждан. Контроль опекунов и усилия психиатрической службы наиболее эффективны в отношении предотвращения хулиганских действий и краж. При разработке и внедрении целевых программ профилактики ООД, в том числе среди недееспособных лиц, необходимо использовать комплекс лечебно-реабилитационных воздействий.

**ТЕНДЕНЦИИ АКТИВНОГО
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В КРАСНОДАРЕ С 2000 ПО 2010 гг.**

**Н.Н. Шапошников, Б.Д. Соломахин,
П.В. Ситчихин, Е.В. Пашко**

*Специализированная психиатрическая больница № 7,
Краснодар, Россия*

В г. Краснодаре зафиксирован рост числа лиц на активном диспансерном наблюдении (АДН): с 327 чел. в 2000 г. до 385 чел. в 2010 г. (прирост 14,2%) с максимумом в 2007 г. (405 чел.), но, благодаря широкому применению современных антипсихотических средств в амбулаторной практике, их число удалось снизить. Остаётся высокой доля лиц, чьё психическое состояние может быть стабилизировано только в психиатрическом стационаре: если в больнице на конец 2000 г. находилось 28,7% лиц на АДН (97 чел.), то на конец 2010 г. – 23,9% лиц на АДН (92 чел.), что свидетельствует о тяжести течения и выраженности психических расстройств у данного контингента.

Также наблюдается увеличение количества психически больных на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении (АПНЛ) на конец года несмотря на отсутствие расширения сети внебольничной помощи: 2000 г. – 27 чел., 2005 г. – 46 чел., 2010 г. – 71 чел. (прирост 144,8%). На 01.01.2011 г. число лиц на АДН составило 45,01 чел./100 тыс. населения, а лиц на АПНЛ – 8,30 чел./100 тыс. населения. При увеличении общего количества дней, проведённых больными на принудительном лечении в 2,9 раза (с 5490 в 2000 г. до 16277 дней в 2010 г.), тревожной тенденцией является рост доли дней, проведённых больными на АПНЛ: с 56,6% (3108 дней) в 2000 г. до 66,4% (10803 дней) в 2010 г. Таким образом, наибольший объём мероприятий по примене-

нию мер принудительного характера ложится на внебольничную психиатрическую службу. Однако это не сопровождается ни изменением законодательства, призванного облегчить взаимодействие с созданной структурой полиции, ни увеличением финансирования. Необходимо отметить, что лица данного контингента нередко с трудом удерживаются в амбулаторных условиях: на конец 2006 г. в психиатрическом стационаре находилось 6 чел. (12,0% всех лиц на АПНЛ), а в 2010 г. – 7 чел. (9,9% всех лиц на АПНЛ).

С 2006 по 2010 гг. увеличилась доля шизофренических расстройств среди больных на АПНЛ на 166,7% (с 12 до 32 чел.). По литературным данным, повторность общественно опасных действий у лиц с шизофренией достигает 47,1%, при этом 75,9% правонарушений совершается ими менее чем через 3 года после прекращения принудительного лечения (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995), а 85,7% из них осуществляется по типу «клише» (Юрьева Л.Н., 1996).

Среди лиц на АДН за период 2000-2010 гг. зафиксирован рост доли органических непсихотических расстройств (с 6,2% – 21 чел. до 26,0% – 100 чел.). В 2010 г. среди них преобладали лица с расстройством личности травматического генеза (37 чел.) и смешанного (травматического и интоксикационного вследствие алкоголизации или наркотизации) генеза (41 чел.). Данная тенденция является следствием социальных процессов в современном обществе. Доля женщин на АДН возрастает: с 11,6% в 2000 г. до 16,9% в 2010 г. Следовательно, в обществе нарастают процессы, которые побуждают женщин с психическими расстройствами совершать общественно опасные деяния.

Кроме того, в г. Краснодаре возрастает социальная опасность психически больных на АДН. Так, за период с 2000 по 2010 гг. доля убийц увеличилась с 11,9% (37 чел.) до 13,2% (46 чел.), а доля лиц, нанёсших телесные повреждения, с 5,9 до 15,6% (в 2,6 раза). Соответственно за аналогичный период уменьшились доли лиц, совершивших хулиганские действия (с 36,5 до 10,1%) и хищения (с 28,2 до 20,8%).

В результате проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий процент больных, совершивших правонарушение в течение года, из числа лиц, состоящих под наблюдением психиатров, снижен с 4,6% (2000 г.) до 1,5% (2005 г.) и 0,78% (2010 г.).

Считаем необходимым привлечение внимания к проблеме роста числа больных на АДН и АПНЛ, а также необходимости сохранения возможности бесплатного лечения данных больных в случае их отказа от обеспечения бесплатными лекарственными средствами (набора социальных услуг).

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ЗАВИСИМОСТИ

РАЗВИТИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ

О.А. Исаченкова

*НИИ травматологии и ортопедии,
Нижний Новгород, Россия*

Состояние здоровья населения России за последние 25 лет значительно ухудшается. Основными причинами этого являются социально-психологические факторы, такие как смена экономической формации, снижение социальной защиты, безработица, бедность, высокий уровень социальной неопределенности, приводящие к росту стрессовых расстройств и развитию различных заболеваний.

В этой ситуации возрастает роль медицинской психологии и психосоматической медицины, направленных на поддержание психического здоровья людей и лечение различных психосоматических расстройств. В последние годы она стала активно развиваться в нашей стране благодаря усилиям разных специалистов, в первую очередь терапевтов, психологов, психиатров, а также нейрофизиологов и врачей других специальностей. Создана Санкт-Петербургская ассоциация психосоматической медицины, под эгидой которой проводятся ежегодные всероссийские психосоматические конгрессы. Седьмой такой конгресс прошел 7-8 июня 2012 г. и был посвящен психосоматической профилактике различных заболеваний. Следует отметить, что российскими учеными достигнуты существенные успехи в изучении психологических аспектов патогенеза и лечения различных соматических заболеваний, активно разрабатываются психотерапевтические подходы лечению соматических заболеваний детей в рамках семейной психотерапии. Изучение основ психосоматики включено в программу преподавания медицинской психологии и они рассматриваются с позиций психоаналитического, когнитивно-поведенческого, телесно-ориентированного и других психологических подходов.

Однако организационные вопросы оказания психотерапевтической помощи больным с различными соматическими заболеваниями на государственном уровне пока ещё не решены, специальности «пси-

хосоматическая медицина» в России официально не существует. На всю страну имеется лишь несколько психосоматических отделений в Москве, Санкт-Петербурге и других крупных городах, доминирующей моделью оказания помощи в которых является «командная интеграция». В команду включается психиатр или психотерапевт, медицинский психолог и специалист в области внутренних болезней.

В отличие от нашей страны, психосоматическая медицина хорошо развита за рубежом, особенно в Германии, которая является мировым лидером в этом направлении. Во многих клиниках Германии имеются специальные психосоматические отделения, где работают группы специалистов в области психосоматической медицины и используются разнообразные психотерапевтические подходы к лечению различных соматических заболеваний. Одним из таких методов является интегративный метод телесно-ориентированной терапии, разработанный немецким психотерапевтом доктором В. Лешем. Он сочетает в себе индивидуальную и групповую работу с включением элементов психоаналитического подхода, релаксационных техник, а также методов символдрамы и визуализации. Являясь разновидностью интегративной психотерапии, сочетающей в себе работу с телом, психикой и социальным окружением человека, данная методика направлена на восстановление утраченной жизненной гармонии, способствующей бережной и эффективной активизации внутренних ресурсов организма. На протяжении уже более 10 лет данный метод доказал свою эффективность не только при психосоматических, но и при онкологических, аутоиммунных и других тяжелых заболеваниях. В связи с этим он включен в стандарты лечения данных заболеваний и оплачивается из фонда медицинского страхования.

Специалистами в области психосоматической медицины созданы европейская и всемирная ассоциации, которые периодически проводят различные научные конференции и обучающие семинары. В этом году такая конференция проходила в Дании в г. Орхусе. Она была посвящена междисциплинарным подходам к психосоматической медицине. На ней было представлено много интересных докладов по различным психосоматическим аспектам патогенеза и лечения больных с бронхиальной астмой, сахарным диабетом, онкологическими и другими заболеваниями. Обсуждались проблемы становления психосоматической медицины в странах Восточной Европы, в том числе и в России. Рассматривались междисциплинарные аспекты психонейроиммунологии, психонейродерматологии, нейроэндокринологии и т.д., а также некоторые организационные вопросы. Так, решено было объединить Европейскую ассоциацию специалистов в области психосоматической медицины и Ассоциацию по психиатрии консультирования и взаимо-

действия в единую Европейскую ассоциацию психосоматической медицины (ЕАРМ). На конференции присутствовало около 500 участников более чем из 30 стран мира. В следующем году планируется проведение двух психосоматических конгрессов: европейского и всемирного. Если у кого-то из коллег появится желание и возможность побывать на этих грандиозных научных международных форумах, это придаст мощный дополнительный импульс в развитии российской психосоматической медицины.

В заключение хочется ещё раз отметить, что потребность в психологической помощи в нашей стране и медицине колоссальная. Однако в общественном сознании и государственных структурах пока не сформировалось четкого понимания значимости и важности усилий, направленных на поддержание психического здоровья нашего народа. И соответственно, не предусмотрено должного количества ставок в поликлиниках и стационарах для оказания такой помощи людям, страдающим различными заболеваниями. К сожалению, эта сфера деятельности отдана в основном на откуп церкви, полупрофессиональным частным психологическим центрам, а также различным сектам, шарлатанам и мистикам. Поэтому для развития и официального признания этого направления медицины в нашей стране необходимы активные совместные усилия со стороны всех заинтересованных лиц, направленные как на дальнейшие научно-практические разработки, так и на диалог с государственными структурами и интеграцию с мировым психосоматическим сообществом. Только так можно осилить этот трудный, но такой необходимый и важный для нашей страны путь!

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Т.Н. Колесниченко

*Челябинская государственная медицинская академия,
Челябинск, Россия*

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост расстройств пищевого поведения, а также выраженный патоморфоз клинической картины и динамики развития нервной анорексии. Аффективные нарушения, входящие в структуру клинических проявлений данного заболевания, обуславливают прогрессивность течения процесса и более выраженную степень тяжести, значительно ухудшая при этом его прогноз. В связи с тем, что расстройства аффективного спектра и конкретно пищевого поведения, не всегда своевременно и адекватно диагностируются, было предпринято данное исследование.

Материалы и методы. Обследовано 54 пациентки в возрасте 14-29 лет, проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Длительность заболевания на момент госпитализации составила $(4,6 \pm 2,5)$ года. Динамика развития болезненного процесса соответствовала второму этапу формирования болезни – дисморфоманическому – 43% (23/54), либо третьему – кахексическому – 57% (31/54).

Методы исследования: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (шкала тревоги и депрессии HADS, шкала Гамильтона HDRS), параклинический (ЭЭГ, М-ЭХОЭГ).

Результаты. По результатам исследования было выделено три группы больных. Первая группа – 38,9% (21/54) – больные с рестриктивной (ограничительной) формой нервной анорексии. В преморбиде у них имелись психастенические и сенситивные характерологические особенности, а также черты ригидности, упрямства, педантичности, склонность к перфекционизму. Ретроспективно было выявлено наличие дистимических и депрессивных расстройств легкой степени выраженности, появившихся еще до манифестации нервной анорексии. На этом этапе больные за помощью к врачам не обращались. На начальном этапе формирования заболевания на фоне дисморфофобических расстройств происходило усиление выраженности депрессивных проявлений; формировались идеи малоценности, усиливалась тревожность. При дальнейшем прогрессировании заболевания аффективная симптоматика становилась крайне лабильной, а депрессивные расстройства чередовались с кратковременными гипоманиакальными состояниями и дисфориоподобными проявлениями. По мере снижения массы тела и нарастания кахексии у больных становились более выраженными астенические расстройства и явления адинамии. Аффективный компонент при этом был представлен симптомами апатии, чередующимися с кратковременными эйфорическими проявлениями на фоне анозогнозического отношения к болезни.

Вторая группа – 59% (28/54) – больные с булимической формой нервной анорексии. В преморбиде у них имели место истероидные черты характера, повышенная эмоциональная лабильность и аффективная возбудимость. В анамнезе выявлено наличие гипоманиакальных и депрессивных эпизодов легкой степени выраженности, возникших до манифестации расстройства пищевого поведения. На всех этапах развития нервной анорексии отмечались выраженная тревожность, депрессивный аффект с идеями самообвинения, дисфории при чувстве голода, сменяющиеся кратковременными явлениями эйфории, наступающими после булимических эпизодов.

Третья группа – 9,2% (5/54) – больные, у которых на этапе редукции нервной анорексии произошла трансформация ограничительной формы нервной анорексии в булимическую. По личностным и характерологическим особенностям они приближались к пациентам первой группы. В преморбиде при этом прослеживались отчетливые депрессивные фазы с идеями малоценности, суицидальными мыслями, заниженной самооценкой. В динамике становления нервной анорексии, на всех этапах ее развития, выявлялись признаки депрессивных расстройств с аффектом тоскливости, раздражительности, тревоги. При появлении булимических эпизодов на этапе редукции нервной анорексии, усиливалась тревожно-депрессивная симптоматика, вновь актуализировались дисморфофобические переживания, появлялись суицидальные мысли и идеи самоуничтожения.

Выводы. Для предотвращения возникновения рецидивов нервной анорексии и повышения мотивации больных на здоровые пищевые паттерны необходимо проведение комплексной долгосрочной терапии антипсихотиками, антидепрессантами, нормотимиками, а также применение поведенческих и семейных методов психотерапии, направленных не только на редукцию дисморфофобических-дисморфоманических расстройств, но и нормализацию пищевых паттернов, коррекцию сомато-эндокринных нарушений и выравнивание аффективно-фона настроения.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА КРОВИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Т.Б. Ксюпов, Е.Е. Дубинина, И.Н. Бабурин
*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия*

Минеральные соединения играют важную роль в функциональной активности нервной системы. Некоторые ионы активно участвуют в молекулярных механизмах передачи нервного импульса. В литературе имеются единичные работы, посвященные исследованию интенсивности минерального обмена и его возможной роли в патогенезе пограничных нервно-психических расстройств. Изучение роли минерального обмена в основном касается отдельных его компонентов.

Целью данного исследования являлся анализ концентрации расширенного спектра минеральных соединений (8 элементов) в крови у

больных с невротическими расстройствами, выявление патогенетической их значимости в развитии клинических проявлений заболевания.

В отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева нами было обследовано 43 пациента с невротическими расстройствами и 15 здоровых лиц, в крови которых определяли концентрацию минеральных элементов: Na, K, Ca, Mg, Cl, Zn Cu и P.

Результаты корреляционного анализа показали наличие статистически достоверной зависимости между низкими величинами содержания Ca в сыворотке крови и такими показателями субшкал SCL-90, как соматизация, обсессивность – компульсивность, депрессия, тревога, индексы проявления симптоматики и выраженности дистресса.

Выявленные корреляционные зависимости между клиническими проявлениями у невротических больных и снижением уровня Ca в сыворотке крови косвенно отражают нарушения синоптической передачи в отдельных нейронах.

В сыворотке крови также отмечено повышение содержания K, оно коррелирует с выраженностью показателей субшкал обсессивности-компульсивности, враждебности и психотизма.

Снижение концентрации микроэлемента Zn коррелирует с увеличением проявлений соматизации и тревоги, а также с увеличением индекса выраженности дистресса.

При дополнительной статистической обработке полученных результатов подтверждены статистически достоверные взаимосвязи между клинической симптоматикой и концентрацией Ca, K и Zn. Так, повышенный уровень K в крови сопряжен с проявлениями враждебности, в то время как снижение уровня Zn – выраженностью дистресса.

Клинические проявления, при которых повышена концентрация ионов K^+ и снижена ионов Ca^{++} , могут отражать преобладание парасимпатической системы у этой категории больных в связи с длительным, хроническим течением заболевания, истощением физиологических механизмов тревоги и последующей астенией. Проявление выраженного тормозного эффекта ионов K^+ в передаче информации, нарушение синоптической передачи за счет снижения концентрации Ca могут быть взаимосвязаны с определенной клинической симптоматикой и являются одной из причин, определяющих интенсивность метаболических процессов в тканях. Не исключено, что это одна из защитных реакций организма в условиях длительного стресса.

СВЯЗЬ СНА С ЛИЧНОСТНЫМ ПРОФИЛЕМ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

И.В. Михайлов

*Республиканский наркологический диспансер,
Чебоксары, Россия*

Сон и эмоциональное состояние, их нарушение, особенности важны в оценке состояния здоровья пациента, страдающего алкогольной зависимостью (АЗ), являются важными индикаторами возможного рецидива заболевания проявления патологического влечения к алкоголю (первичное влечение). В рамках проведения лечебно-реабилитационного процесса выявление и учет взаимосвязей личностных изменений с особенностями сна, эмоциональным состоянием больных с АЗ возможно поможет индивидуализировать оказываемую помощь, повысить ее эффективность в предупреждении рецидивов заболевания.

Цель – изучить характеристику сна (особенности, нарушения) у лиц с АЗ во взаимосвязи с личностным радикалом.

Материалы и методы: использовался клинико-катамнестический метод: были изучены 149 медицинских карт наркологических больных, прошедших лечение в дневном стационаре в БУ «Республиканский наркологический диспансер» (форма 003/у); метод анкетирования.

Результаты и обсуждение: опрошено по анкете сна 149 больных с АЗ. Высшее образование имели 32 больных; среднее специальное – 67; среднее – 47; неполное среднее – 3. Среди них работающих 60 больных, без работы – были 89, семейные – 69 человек. Возраст: 20-39 лет – 75 чел., 40-59 лет – 24, 60 лет и старше – 3. По течению заболевания: малопрогрессирующее – 2 больных, среднепрогрессирующее – 96, высокопрогрессирующее – 51.

Среди пациентов имели личностный радикал: возбудимый (В) – 32 больных, неустойчивый (Н) – 42; психастенический (П) – 18, эпилептоидно-возбудимый (Э) – 37, Астенический (А) – 8, истероидный (И) – 12. Обращает внимание отсутствие пациентов с шизоидным радикалом. Приобретенная психопатизация не отмечалась, возможно благодаря условиям наркологического стационара. Продолжительность сна 6-8 ч отметили 80% всех опрошенных больных, 20% имели отклонения в сторону его уменьшения – 5-6 ч. Меньше всех спят больные (Н) – 71,5% (сон 7-8 ч) и пациенты (Э) – 73% (7-8 ч). Больше всех спят пациенты (П) – 90%

(7-8 ч). При этом пациенты (П) предпочитают ночной сон (более половины опрошенных), тогда как остальные пациенты с другими психотипами личности в более половине случаев спят днем (пациенты (Э) и пациенты (В) – 70%). Режим отхода ко сну 80-90% всех опрошенных пациентов – 22-23 ч, тем не менее при качественном уточнении пациенты (А) разделились поровну на «сов» и «голубей» при полном отсутствии «жаворонков». У пациентов (Н) в половине случаев преобладают «совы», они также в большинстве у пациентов (В) и (Э) – 46%. Среди пациентов (И) распределение «голубей» и «сов» равномерное. А у пациентов (П) преобладают «жаворонки» и «голуби» – 83%.

Те или иные нарушения сна отмечали 85% пациентов, независимо от личностного радикала (в катамнезе). Прибегали к приему снотворных препаратов в 50% случаев пациенты (И), (А), (П). Пациенты с другими личностными радикалами, причем в равном количестве, снотворное не принимали – 85% (пациенты (Э), (В), (Н)). При оценке сна 100% его характеризовали в настоящий момент будучи трезвыми, при этом 99,5% пациентов отметили те или иные нарушения сна в состоянии абстиненции. Несмотря на трезвость, отметили нарушение сна 15% пациентов (23) от состава обследуемых (следует учесть, что больные продолжали принимать психотропные препараты. При этом нет коррекции между нарушением сна и степенью прогрессивности заболевания, пациенты, перенесшие алкогольные психозы в большинстве случаев отмечают нарушение сна – 38%(9). Нарушение сна в максимальном количестве случаев у пациентов (Н) – 19% (долгое засыпание (4), прерывистый сон (2), плохое качество пробуждения (2)). Пациенты (И) – 16,6% (частое пробуждении – (1), плохое качество утреннего пробуждения – (1)), пациенты (П) – 16,6% (долгое засыпание – 2, частое пробуждение – 1). Среднее количество случаев у пациентов (А) – 12,5% (прерывистый сон – (1)), и пациентов (В) – 12,5% (долгое засыпание – (1), тревожный сон – (1), плохое качество пробуждения – (2). Минимальное нарушение сна – у пациентов (Э) – 2,7% (прерывистый сон – (1)).

Нарушение сна отмечали перед срывом в большинстве случаев пациенты (И) – 66,6%, пациенты (А) и пациенты (П) – 50%, далее пациенты (Э) – 40,5%, пациенты (Н) – 38%, пациенты (В) – 31,2% случаев. Нарушение сна в основном в виде прерывистого сна и раннего просыпания, позднего засыпания.

Эмоциональные расстройства в виде депрессивного фона имелись максимально у пациентов (Н) – 40,5%, пациентов (А) –

37,5%, пациентов (В) – 34,4%, далее пациенты (Э) – 27%, и минимально у пациентов (И) и пациентов(П) – 16,6% случаев. По причинами нарушения сна пациенты независимо от личностного радикала поставили стресс на первое место, причем пациенты (П) в 50% случаев, на втором месте – болезнь, также у большинства опрошенных независимо от личностного радикала, за исключением пациентов (А) вообще не отметили этот пункт. Среди пациентов (Э) 20 % не знают причин нарушения сна.

Выводы: Имеется корреляция между имеющимися нарушениями сна и депрессивным эмоциональным фоном – у пациентов (Н) максимальное количество нарушений сна и пониженный эмоциональный фон, а также у пациентов (И) и пациентов (П) по 16,6%. От трети до 50% пациентов отмечают нарушение сна как предвестник срыва, что подтверждает мониторинг сна пациентами (важный вегетативный компонент проявлений первичного влечения к алкоголю). Особенно это значимо для пациентов (Э), для которых нарушение сна не характерно (2,7%). Нарушение сна, те или иные его виды характерны в 99,5% случаев у больных со средней стадией АЗ в состоянии абстиненции.

Среди пациентов, отмечающих в качестве предвестника срыва различные нарушения сна, преобладают пациенты с истероидным, астеническим и психастеническим типом личностного радикала. Пациенты с неустойчивым типом, несмотря на самый высокий процент имеющихся нарушений сна в трезвости, видимо в меньшей степени осознают их как признак первичного влечения к алкоголю (предвестник срыва). Большинство пациентов (90%), отметивших нарушение сна, перед срывом имели опыт лечения независимо от личностного радикала. Эмоциональные нарушения и различные нарушения сна значимы для больных, страдающих АЗ, и являются наиболее ранними индикаторами обострения заболевания, взаимосвязаны между собой, а также с типом личностного радикала пациента, что необходимо учитывать в лечебно-реабилитационном процессе. Стресс – одна из определяющих причин нарушения сна, как и различные состояния физического неблагополучия (болезнь). Прогрессиентность заболевания не влияет на частоту нарушения сна у пациентов с АЗ. Отмечена прямая зависимость между нарушением сна вне рамок алкогольного абстинентного синдрома и риском развития алкогольного психоза у лиц с АЗ.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.Г. Рагозинская

*Челябинский государственный университет,
Челябинск, Россия*

Актуальность данного исследования определяется увеличением частоты психосоматических заболеваний в общей структуре заболеваемости населения в последние десятилетия. К наиболее распространенным психосоматозам относятся гипертоническая болезнь (ГБ) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ). Их своевременное выявление затруднено тем, что клиническая картина этих заболеваний определяется сложными психосоматическими и соматопсихическими влияниями. Негативные эмоциональные состояния выступают и как факторы этиопатогенеза этих заболеваний, и как реакции на болезнь, провоцирующие рецидивы и вторичные осложнения.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению особенностей эмоционального реагирования больных ГБ и ЯБ, имеющиеся в литературе данные весьма противоречивы. В связи с этим изучение особенностей эмоциональных состояний у больных гипертонической болезнью и у больных ЯБ представляется нам актуальным.

Цель исследования – изучить особенности эмоциональных состояний при гипертонической болезни и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Группы испытуемых и методы. Группу ЯБ составили 65 (41 женщина и 24 мужчины) больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте 20-50 лет (средний возраст – $32,6 \pm 11,2$). Среди обследованных – 12 пациентов с язвой антрального отдела желудка в районе малой кривизны, 8 пациентов с препилорической язвой, 44 пациента с язвой луковицы 12-перстной кишки, 3 пациента с сочетанными гастральными и дуоденальными язвами, 1 пациент с постбульбарной язвой.

Группу ГБ составили 62 (49 женщин и 13 мужчин) больных гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте 20-50 лет (средний возраст – $29,1 \pm 9,8$). Среди обследованных 49 пациентов с ГБ I ст.т. (по классификации ВОЗ/МОАГ), 11 пациентов – с ГБ II ст.т., 2 пациента – с ГБ III ст.т. Длительность заболевания – от 1 мес. до 14,5 лет (средний «стаж» заболевания – $7,8 \pm 6,3$).

Контрольную группу составили 65 (49 женщин и 16 мужчин) здоровых испытуемых 20-50 лет (средний возраст – 31,4±9,7 лет), подобранных с учетом требования соответствия половозрастным показателям испытуемых клинических групп.

Исследование проводилось с помощью «Шкалы депрессии» В. Зунга, «Шкалы тревожности» Ч. Спилбергера (STAI), «Шкалы агрессивности» Ч. Спилбергера (STAXI), Торонтской шкалы alexситимии TAS, «Опросника выраженности психопатологических симптомов» «SCL-90-R». **Методы математико-статистического анализа:** сравнительный анализ (критерий Манна-Уитни) и корреляционный анализ (критерий Спирмена).

Результаты. По данным сравнительного анализа, у больных ГБ, в сравнении со здоровыми лицами, достоверно выше значения реактивной тревожности (46,0±9,0 и 39,0±8,2 соответственно; $p \leq 0,01$), личностной тревожности (50,3±9,2 и 41,03±7,9; $p \leq 0,01$), депрессии (42,7±7,2 и 36,59±5,95; $p \leq 0,01$), alexситимии (69,4±8,8 и 59,0±9,2; $p \leq 0,01$), агрессивности как состояния (11,8±3,6 и 10,6±1,8; $p \leq 0,01$), реактивной агрессивности (9,2±2,6 и 8,1±2,4; $p \leq 0,05$), личностной агрессивности (21,4±5,3 и 18,1±4,6; $p \leq 0,01$), агрессивности как проявления темперамента (8,3±3,0 и 7,3±2,3; $p \leq 0,05$), аутоагрессии (16,2±4,9 и 13,4±3,8; $p \leq 0,01$), гетероагрессии (15,9±3,9 и 14,7±3,4; $p \leq 0,05$), соматизации (1,3±0,6 и 0,5±0,4; $p \leq 0,01$), враждебности (1,2±0,7 и 0,5±0,4; $p \leq 0,01$), obsесивности (1,2±0,7 и 0,6±0,4; $p \leq 0,01$), психотизма (0,7±0,6 и 0,3±0,30; $p \leq 0,01$) и паранойальности (1,2±0,6 и 0,5±0,4; $p \leq 0,01$), фобической тревожности (0,6±0,5 и 0,2±0,2; $p \leq 0,01$), межличностной сензитивности (1,2±0,7 и 0,7±0,5; $p \leq 0,01$).

По данным сравнительного анализа, у больных ЯБ, в сравнении со здоровыми лицами, достоверно выше значения реактивной тревожности (46,3±8,8 и 39,0±8,2; $p \leq 0,01$), личностной тревожности (48,7±10,8 и 41,0±7,9; $p \leq 0,01$), депрессии (43,1±8,7 и 36,6±5,9; $p \leq 0,01$), alexситимии (68,8±11,1 и 59,0±9,2; $p \leq 0,01$), аутоагрессии (16,1±4,9 и 13,4±3,8; $p \leq 0,01$), гетероагрессии (16,1±4,6 и 14,7±3,4; $p \leq 0,05$), соматизации (1,2±0,7 и 0,5±0,4; $p \leq 0,01$), враждебности (1,0±0,8 и 0,5±0,4; $p \leq 0,01$), obsесивности-компульсивности (1,1±0,8 и 0,6±0,4; $p \leq 0,01$), психотизма (0,8±0,8 и 0,3±0,30; $p \leq 0,01$), паранойальности (1,1±0,7 и 0,5±0,4; $p \leq 0,01$), фобической тревожности (0,7±0,7 и 0,2±0,2; $p \leq 0,01$), межличностной сензитивности (1,2±0,7 и 0,7±0,5; $p \leq 0,01$).

В ходе корреляционного анализа установлено, что у больных психосоматическими заболеваниями тревожные, депрессивные и агрессивные проявления в структуре эмоциональных состояний образуют между собой тесные прямые корреляции. Так, у больных ЯБ личностная тревожность тесно связана с реактивной тревожностью ($p \leq 0,01$), агрессивностью-состоянием ($p \leq 0,01$), агрессивностью-

свойством ($p \leq 0,05$), агрессивностью-реакцией ($p \leq 0,01$), аутоагрессией ($p \leq 0,01$), депрессией ($p \leq 0,01$), межличностной сензитивностью ($p \leq 0,01$), соматизацией ($p \leq 0,01$), обсессивностью ($p \leq 0,01$), враждебностью ($p \leq 0,01$). Депрессия у них тесно связана с реактивной тревожностью ($p \leq 0,01$), агрессивностью-состоянием ($p \leq 0,05$), аутоагрессией ($p \leq 0,01$), соматизацией ($p \leq 0,01$), межличностной сензитивностью ($p \leq 0,01$), обсессивностью ($p \leq 0,01$), враждебностью ($p \leq 0,01$), фобической тревожностью ($p \leq 0,01$), паранойальностью ($p \leq 0,05$), психотизмом ($p \leq 0,01$). Агрессивность как состояние у больных ЯБ тесно связана с реактивной тревожностью ($p \leq 0,01$), аутоагрессией ($p \leq 0,01$), соматизацией ($p \leq 0,01$), межличностной сензитивностью ($p \leq 0,05$), обсессивностью ($p \leq 0,01$), враждебностью ($p \leq 0,05$), психотизмом ($p \leq 0,05$).

У больных ГБ личностная тревожность связана с депрессией ($p \leq 0,01$), агрессивностью как состоянием ($p \leq 0,05$), агрессивностью как реакцией на события ($p \leq 0,01$), агрессивностью как свойством личности ($p \leq 0,01$), гетероагрессией ($p \leq 0,01$), аутоагрессией ($p \leq 0,01$) и отрицательно связана с показателем контроля агрессии ($p \leq 0,05$). Депрессия у них тесно связана с агрессивностью как состоянием ($p \leq 0,01$), гетероагрессией ($p \leq 0,05$), аутоагрессией ($p \leq 0,01$), враждебностью ($p \leq 0,01$), фобической тревожностью ($p \leq 0,01$). У здоровых лиц тревожно-депрессивные и агрессивные проявления образуют самостоятельные группы, не связанные между собой значимыми корреляциями.

Вывод. Таким образом, у больных язвенной болезнью и у больных гипертонической болезнью компоненты, образующие эмоциональные состояния, имеют достоверно более высокие значения, чем у здоровых испытуемых, и образуют между собой большее, чем у здоровых испытуемых, число значимых корреляционных связей, образуя сложные полимодальные паттерны, что указывает на преобладание в эмоциональном состоянии больного психосоматозом взаимосвязанных слабо дифференцированных реакций. Тесные взаимосвязи между проявлениями тревожно-депрессивного спектра и агрессивности, выявленные в структуре эмоциональных состояний больных психосоматозом, могут объясняться наличием у этих пациентов внутреннего конфликта между аффективными импульсами и потребностью в адаптированном поведении, образующим устойчивый порочный круг. Учитывая результаты настоящего исследования, при обследовании больных гипертонической болезнью и больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки клинический метод может быть дополнен клинико-психологическим методом с определением уровней тревожности, депрессии, агрессивности, враждебности и анализом характера взаимосвязей между ними. Это открывает пути усовершенствования психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий при указанных заболеваниях.

О ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ СТИЛЯХ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

С. Н. Романов, Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Общеизвестно, что течение алкогольной зависимости ведет к глубоким личностным изменениям. В то же время определенные изменения личности происходят и у членов семьи, проживающих совместно с больным алкогольной зависимостью. Целью исследования стало изучение психологических особенностей родительских стилей воспитания у больных алкогольной зависимостью и созависимых.

В ходе исследования выявились определенные особенности взаимодействия в системе «зависимый родитель – ребенок». Зависимый родитель ограничивает свободу и самостоятельность выбора ребенка, предъявляя большое количество требований-запретов. Свои претензии на требования он отстаивает с помощью строгих наказаний. Однако несмотря на это, зависимые родители часто опасаются потерять своего ребенка и остаться одни, так как они склонны ожидать от ребенка, чтобы он был для них чем-то большим, нежели просто ребенком, чтобы он удовлетворял хотя бы часть их потребностей, которые в гармоничной семье обычно удовлетворяются в межличностных отношениях супругов.

Также согласно нашему исследованию, зависимые чаще высказывают жалобы на то, насколько утомительны для них родительские обязанности, и сожаление о том, что их выполнение отрывают их от чего-либо более важного и интересного в жизни. Однако, несмотря на все перечисленные особенности, оказалось, что если детство зависимого родителя проходило в условиях выраженных нарушений внутрисемейных эмоциональных коммуникаций (с высоким уровнем критики, частым индуцированием тревоги в семье, низким запретом на выражение эмоций (особенно негативных), стремлением скрывать и не выдавать окружающим внутрисемейные проблемы, воспитанием в духе высоких стандартов), то отношение к собственным детям у них сопровождается уменьшением строгости наказаний.

Дальнейшее исследование в этом направлении может создать надежную теоретическую базу для более полного понимания психологических механизмов возникновения алкогольной зависимости и трансгенерационных путей передачи дисфункциональных паттернов поведения от зависимого родителя к ребёнку.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Н.А. Русина

*Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия*

В парадигме экзистенциального психоанализа психолог работает в двух направлениях: с личностью (Person в терминологии А. Лэнгле), имеющей в каждом конкретном случае свои особенности, и с экзистенциальной ситуацией, в которой личность себя обнаружила. Выделим два направления и шесть этапов в работе психолога.

Первое направление. Фокусируем внимание на Person. *Первый этап:* отмечается подавление эмоций пациента, которое является маркером психосоматической природы заболевания. Больной рассказывает о болезни рационально. Специалист, пытаясь выяснить, какие ситуации пациент переживает как травматичные, наталкивается на трудности. Нередко пациент даже не понимает, что от него требуется. Попытки применения игровых техник обречены на неудачу. В лучшем случае можно получить рассказ об отрицательном эмоциональном состоянии, но проявления эмоций нет.

Одной из задач психолога, работающего в соматической и психосоматической клиниках, является подбор диагностического инструментария обследования, адекватного каждой нозологии. Необходимо использовать не только психологические тесты, но уметь диагностировать поведение пациента по значимым ситуациям. Благоприятной основой для работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни. *Второй этап:* зная типы семейных проблем и актуальных способностей по Н. Пезешкиану, тестировать пациента через значимые для данной нозологии ситуации. Так происходит проработка жизненного и семейного контекста проблем и межличностных затруднений.

Второе направление. Анализ экзистенциальных ситуаций личности. Сущность Person как «свободного в человеке» (В. Франкл) заключается в переработке любых содержаний, с которыми сталкивается человек, и в обнаружении резонанса с ними, благодаря чему Person обретает собственное существование. Психолог заданной темой провоцирует психотерапевтический процесс, при помощи которого мобилируются заблокированные персональные силы в человеке. Задача психолога – следить за невербальными проявлениями пациента. Реакции начинают сопровождаться изменениями в теле, появляются жесты ку-

ляция, блеск в глазах, эмоциональность в речи. Итогом диагностической ситуации должно стать осознание пациентом внутреннего конфликта между его природной эмоциональностью и необходимостью сдерживать подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу воспитания или привычки. Он становится готовым к «встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом: «реагировать кожей», «сдерживать дыхание», «плакать сердцем», «поедать себя», «разливать желчь» и т.п.

На *третьем этапе* важна работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, осознания и выражением чувств. Задача психолога – помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке способностей распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих когнитивных процессов, расширение эмоционального словаря.

Четвертый этап – изменение негативной установки пациента по отношению к эмоциям (особенно отрицательным), выявление причин, почему, кто и когда «запретил» пациенту выражать эти отрицательные эмоции, фокусировка внимания на модусе переживания.

Как только пациент начинает отслеживать ситуации, после которых у него возникают ухудшения физического самочувствия, и научится связывать свое болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием, переходим к *пятому этапу* – обучению управлению эмоциями, моделям совладания. Применяются различные психокоррекционные техники: нейролингвистическое «якорение» ресурсных состояний пациента, в которых ему бывает комфортно: медитативные техники, обучение мышечной релаксации и глубокому дыханию. Далее необходимо обеспечить соотнесение с заданностями и условиями экзистенциальной ситуации, т.е. научить пациента жить в привычных для него ситуациях.

Шестой этап (самый сложный) – работа с фундаментальными мотивациями. 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 выдерживать увиденное и принять его как факт. Можно применить когнитивно-эмоциональную психотерапию: переформулирование ограничивающих убеждений, перевод иррациональных убеждений в рациональные, отрицательных в положительные, относительность отрицательных событий. Работу со второй фундаментальной мотивацией – «я есть, но как сделать так, чтобы мне хорошо было здесь жить?» – можно осуществлять в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличности пациента, наполняя чувствами пространство собственного бытия пациента. Поиск третьей фундаментальной моти-

вазии – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» – должен привести пациента к аутентичности, нахождению себя. Работа может осуществляться в техниках психосинтеза через отождествление или разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я», определение своего Критика, встречу с Саботажником, а также с применением психодрамы и гештальт-терапии. Определение четвертой фундаментальной мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» – заключается в работе с ценностями, конструировании новых смыслов, целеустройении.

Существует более высокий уровень объяснения развития болезней – надпсихологический, вытекающий из холистического подхода к человеку, соединяющий его тело, душу и дух. В традиционной медицине осуществляется процесс лечения болезни, а не больного. Психосоматическая медицина сделала шаг к соединению психической и физической реальностей, но в стороне остается духовная составляющая здоровья. В психологических теориях также мало внимания уделяется духовной жизни. Традиционно используются такие понятия, как самосознание личности, «Я-концепция», самоактуализация, возрастная идентичность. Практические психологические направления чаще всего обучают манипулированию, а не полноценному проживанию жизни.

В работе с больным следует применять принцип восстановления духовной целостности, который должен идти через согласование психической и телесной сфер. 1-й этап – аксиологический тренинг, который включает диагностику понятий «ценности», «цели», «жизненный смысл», построение жизненной стратегии, метафорическую и телесно-пространственную работу по «образу жизни», работу со сказками, метафорами, притчами. 2-й этап – онтологический тренинг техник поведенческой, когнитивной, рационально-эмотивной, экзистенциальной терапии, гештальт-техники, психосинтез, техник Востока и Древней Руси. 3-й этап – тренинг здорового образа жизни: обучение правильному питанию, управлению эмоциями, развитие энергетических способностей, переформулирование мыслей и убеждений, работа с «первообразами», стихиями природы.

Стратегии интегративной психологии состоят в следующем:

1. Анализ особенностей личности в плане нарушения системы отношений, обусловленной историей развития личности, или нарушения структурной целостности личности.
2. Работа с выявленными особенностями личности (индивидуально, в группе) в различных техниках.
3. Выявление ценностных ориентаций личности, жизненных смыслов.
4. Работа на осознание причинно-следственных связей в жизни личности.
5. Гармонизация первичных и вторичных способностей, духовного и материального в жизни человека.
6. Гармонизация психической и телесной сферы путем работы с «состоянием» человека через его сознание.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Е.А. Слоева, Д.А. Смирнова

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

Изучение феномена речевого поведения пациента в качестве отдельного предмета специального исследования представляется перспективным направлением в диагностике психических расстройств. Эффективность использования приемов выслушивания, расспроса, анализа и синтеза информации находится в прямой зависимости от квалификации врача, интерпретирующего содержание вербальной продукции пациентов. Соответственно, результаты анализа речевого поведения больных могут задать тенденцию к большей точности и объективизации диагностики психических расстройств.

Группой специалистов Самарского государственного медицинского университета, включающей врача-психиатра, клинического психолога и лингвиста, проведено обследование 124 пациентов с депрессиями невротического уровня (30 мужчин и 94 женщины), средний возраст которых составил $(41,85 \pm 11,89)$ лет.

В целом клинические проявления депрессий невротического уровня характеризуются следующими симптомами: общим снижением активности, астенией, колебаниями настроения в течение дня, наличием вегетативно-соматических расстройств преимущественно в форме нарушения сна и аппетита; преобладанием неглубокой тоски, душевного страдания; переживанием чувства вины, ненужности, жалости к себе, разочарования; отсутствием смысла жизни, преимущественной ориентацией на события прошлого и негативным видением будущего.

На основании преобладания в структуре депрессии ведущего гипотимного аффекта больные были разделены на три подгруппы, соответствующие клиническим вариантам тоскливых (меланхолических) (38 человек), тревожных (45 человек) и астено-гиподинамических депрессий (41 человек). Группу контроля составили 77 здоровых лиц (16 мужчин и 61 женщина). В рамках контрольной группы по критерию наличия актуальных жизненных проблем и демонстрации психологической, но не психопатологической реакции, пациенты были подразделены на подгруппу здоровых с проблемами (35 человек) и подгруппу здоровых без проблем (42 человека).

Объектом исследования пациентов послужили тексты, написанные каждым испытуемым на темы «Актуальное состояние жизни», «Представления о будущей жизни» и «Смысл жизни». Анализируемые

тексты по своей структуре представляют тип медико-профилактического дискурса. Внутреннее обращение к предполагаемому или конкретному собеседнику (врачу) обусловлено повышенной потребностью пациентов с легкими депрессиями в диалоге на тему болезненного состояния, а также задается характерной для данных состояний поведенческой стратегией «поиска социальной поддержки» со стороны врача и ближайшего окружения.

В рамках коммуникативного дискурса в письменном выражении больные легкой депрессией плохо справляются со «стихий» устной речи, демонстрируют ригидность, общие затруднения переключаемости с одного вида деятельности на другой, в частности с устного задания-вопроса на письменное выражение-ответ. Они чаще, чем здоровые, используют высказывания, характерные для устной формы речи и употребляют больше разговорных конструктов, тогда как здоровые – адекватную письменным заданиям письменную форму речи.

Частое использование разговорных фразеологизмов (*«не хватает духу»*, *«и вот пошло-поехало»*, *«приходилось жить, надеясь на авось»*) свидетельствует не только о приверженности к устной форме речи, но и, в целом, о существенном снижении стиля, в том числе у лиц с высшим образованием, у которых предполагается грамотная письменная речь.

Обнаружено, что при написании текстов больные, по сравнению со здоровыми субъектами, в большинстве случаев формируют более распространенные ответы. Отмечаемая у пациентов гипервербализация преимущественно выражается в повышенном отражении эксплицитной части информации в виде сбивчивого, неконкретного изложения сути проблемы.

Больные депрессией чаще описывают свое состояние и образ будущего в форме повествования. Учитывая, что повествование представляет собой репрезентативный тип коммуникативной стратегии дискурсивного поведения, можно говорить о том, что в соответствии с этой стратегией речь больных легкими депрессиями преимущественно направлена на отражение, моделирование неязыковой действительности языковыми средствами и лишена истинного аналитизма и оценки, своего рода погружения в ситуацию рассказа, тогда как свойственная в большей степени здоровым нарративная стратегия предполагает анализ, рассуждение, подачу фактов через призму таксономической обработки. Репрезентативный тип, по сравнению с нарративным, является эволюционно более ранней формой коммуникативных стратегий, следовательно, при депрессии наблюдается тенденция к регрессии дискурсивного мышления. Пациенты думают, фиксируются на объектах, захваченных полем переживания болезненного состояния, но не размышляют над ним, по-настоящему не ищут выхода из него. Потенциально продуктивная интеллектуальная рефлексия, с точки зрения спе-

циалистов-психиатров, подменяется чувственной в форме пассивного повествования.

Для речи больных депрессией свойственно увеличение количества лексических (усиление тавтологии) и семантических повторов, что в интерпретации психиатров и клинических психологов характеризует ригидность убеждений, невротическую фиксацию на семантике одних и тех же переживаний. Повторение словосочетаний, фраз, стереотипных выражений, многократное обращение к одной и той же теме характеризует, помимо этого, сниженный стиль речи у больных депрессией.

В связи с эмоционально-смысловой доминантой, речь пациентов насыщена риторическими приемами, в частности, по сравнению с вербальной продукцией здоровых, содержит больше инверсий, сравнений, эллиптических конструкций, эпитетов и умолчаний. Так, наблюдаемая у больных инверсия слов в предложениях вводит дополнительные оттенки и усиливает смысл, формирует акцент на субъективном переживании депрессии (*«И личной жизни никакой нет у меня и не было»*).

Использование пациентами метафор и сравнений как приемов поверхностной структуры речи (*«меня как будто колотит», «от тревоги в глазах становится темно», «ощущение, будто бы я уперлась в стенку»*) вносит, по мнению врачей-психиатров и психологов, изменения на уровень передаваемых смыслов с расширением семантики за счет болезненно гипертрофированной аффективной составляющей. Среди метафор преобладают общеязыковые (*«не прихожу в себя», «плыву по течению»*) над индивидуально-стилистическими (*«хочу пикировать на скрипке, а должна играть на барабанах»*), что интерпретируется врачами-психиатрами как явление чувственной рефлексии на тему актуального состояния, а также как обращение к коллективным стереотипам в рамках тенденции снижения общей креативности на фоне депрессии. Употребление больными эллипсисов (*«единственное, что могу себя заставить – примитивные бытовые вещи»*) и умолчания (*«Я постоянно задаю себе вопрос, почему я такой стала? А вот ответ...»*) свидетельствует в пользу данных об экономии собственных сил пациентов в ситуации повествования. Наличие в речи эпитетов (*«существование тусклое», «будущее беспросветное, мрачное»*) акцентирует внимание на эмоциональной доминанте, депрессивном восприятии явлений, событий, имеющих место в жизни больных.

Таким образом, изучение языковых явлений в аспекте их клинического значения имеет свою специфику и реализуется через языковое взаимодействие в рабочем альянсе «врач-пациент». Лингвистическими маркерами на лексико-стилистическом уровне речи, дифференцирующими группы пациентов с депрессиями и здоровых, являются качест-

венные характеристики предпочтительного выбора устной или письменной формы речи в рамках медико-профилактического дискурса, а также характеристики, отражающие количество употребляемых разговорных конструктов, тавтологии, лексических и семантических повторов, стилистических фигур и приемов.

НАРУШЕНИЯ СНА У ВETERANОВ БоеВЫХ ДЕЙСТВИЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ*

Д.А. Смирнова, И.В. Пудиков

*Самарский государственный медицинский университет
Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн,
Самара, Россия*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – затяжная реакция на стрессовое событие катастрофического характера (природные и техногенные катастрофы, боевые действия, террористические акты), включающая специфический комплекс психоэмоциональных и соматовегетативных проявлений. Диагностика ПТСР основывается в основном на характерных признаках клинической картины и анамнеза.

В специализированной литературе описаны нарушения сна при ПТСР, которые также носят специфический характер. В то же время у ветеранов боевых действий отмечаются многообразные аффективные, соматические расстройства и нарушения сна иной природы. Первичные и вторичные диссомнии требуют различного терапевтического подхода, а их диагностика на основании клинических данных вызывает определенные трудности. Еще большие трудности представляет клиническая оценка парасомнических расстройств (сомнамбулизма (F51.3), ночных ужасов (F51.4), кошмаров (F51.5), их отграничения от ночных пробуждений и кошмарных сновидений при посттравматическом стрессовом расстройстве (F43.1). Для своевременной и дифференциальной диагностики психоэмоциональных нарушений у пациентов с ПТСР актуально детальное клиническое описание и исследование функции сна современными инструментальными методами. Наиболее информативным из которых является компьютерная полисомнография (КП) – высокотехнологичный диагностический метод, основанный на регистрации и анализе большого количества физиологических параметров во время сна.

В условиях специализированного отделения психологической реабилитации неврологического и терапевтических отделений Самар-

* Работа поддержана грантом РГНФ № 12-36-01155.

ского областного клинического госпиталя ветеранов войн и участников антитеррористических операций (СОКГВВ) наблюдали и лечили 21 человека – ветеранов боевых действий в различных «горячих точках», в возрасте от 25 до 44 лет. Пациенты составили относительно однородную клиническую группу, что упростило оценку их состояния. После углубленного клинического интервью проводили ночную полисомнографию на компьютерном полисомнографе SAGURA-2000. Программное обеспечение предусматривает многочисленные опции, в частности, алгоритмы, позволяющие автоматически определять отдельные физиологические паттерны, важные для описания сна, а затем на их основании строить трехмерный «профиль» сна. Программа картирования биоэлектрической активности LEONARDO позволяет визуализировать ночную работу мозга. Парафазный (симметричный) усилитель обеспечивает возможность истинных биполярных отведений от независимых референтов и высокую устойчивость к двигательным и кабельным артефактам.

По материалам клинического опроса и полисомнографии выявлены следующие, наиболее часто встречающиеся жалобы: на поверхностный и беспокойный сон, частые пробуждения (увеличивается количество и время пробуждений, количество активаций из парадоксальной фазы сна превышает таковые из глубокого сна), кошмарные сновидения. Предъявляемые жалобы верифицируются данными объективного исследования функции сна. У пациентов с ПТСР отмечаются следующие изменения ночного сна в сравнении с нормой:

- 1) дефицит глубокого (3-я и 4-я стадии МС) сна;
- 2) до 90% времени МС сна занимает 2-я стадия;
- 3) увеличение двигательных и ЭЭГ-активаций;
- 4) количество активаций из парадоксальной фазы сна превышает таковые из МС;
- 5) увеличение общего времени парадоксального сна;
- 6) увеличение эпизодов парадоксального сна;
- 7) эпизоды специфической двигательной активности во сне, защитно-оборонительного характера.

Нарушения сна у пациентов с ПТСР обусловлены сочетанием нейродинамических и компенсаторно-психологических механизмов, характеризуются комплексом субъективных, клинических и нейрофизиологических проявлений и включают:

- 1) поверхностный сон (дефицит глубокого сна);
- 2) повышенную двигательную активность во сне;
- 3) кошмарные сновидения;
- 4) специфические (оборонительные) движения во сне;
- 5) частые ночные пробуждения;
- 6) избыток парадоксального сна.

Следует отметить, что специализированная сомнологическая помощь участникам боевых действий позволяет успешно решать следующие лечебно-диагностические задачи:

- 1) достоверно различать клинически схожие феномены, присущие различным нозологическим категориям;
- 2) обнаруживать и оценивать различные категории субклинических проявлений в сфере сна, у пациентов с ПТСР;
- 3) своевременно назначать профилактические мероприятия и необходимое лечение;
- 4) проводить патогенетическую терапию нарушений сна, не ограничиваясь симптоматическим назначением гипнотиков.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

О.В. Чупрова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Многими исследователями отмечается, что алкогольная зависимость, злоупотребление алкоголем влияет как на здоровье, является причиной возникновения соматических заболеваний, так и личность больного, приводит к интеллектуально-мнестическим нарушениям, возникновению алкогольных психозов, а также изменениям в эмоционально-волевой сфере (Е.О. Бойко, 2008; М.И. Лукомская, 1997; Н.Н. Иванец, 2001, 2002; Г.М. Энгин, А.Г. Гофман, А.П. Музыкаченко, Е.Н. Крылов, 2002; А.Г. Гофман, 2003; П.И. Спиридонов, 2006; Л.А. Антикова, 2008; И.А. Уваров, Н.Л. Тетерин, В.Т. Лекомцев, 2010). В связи с этим в настоящее время отмечается большой интерес к клиническим особенностям личности с алкогольной зависимостью.

Однако наличие исследований может свидетельствовать о том, что при преобладании исследовании отдельных свойств личности, являются недостаточно изученными клинико-психологический, патопсихологический аспекты больного алкоголизмом (Б.С. Братусь, 1988; В.Ю. Завьялов, Ц.П. Короленко, 1988; В.А. Дерача 1992; Ю.В. Валентик, 1998). Важность исследований связана прежде всего с тем, что у больных алкоголизмом отмечаются различные психические расстройства и поведенческие нарушения, вследствие употребления алкоголя (Т.Г. Рыбакова, Т.Н. Балошов, 1988; Т.Н. Сучкова, В.А. Сучков, 1993; Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, 2002, 2010; Л.К. Шайдукова, 2002; Е.С. Тальникова, П.В. Сидорова, 2006; М.В. Сидорин, 2010), или ос-

ложняет уже имеющиеся преморбидные личностные расстройства и (или) заострение черт личности (В.Д. Менделевич, 2003).

Ряд других исследователей считают, что важным аспектом являются заострение черт личности, пограничный момент между нормой и патологией. По их мнению, глубокие клинические нарушения, которые возникают вследствие злоупотребления алкоголем, освящены недостаточно (А.С. Тиганов, 1999; С.Н. Плотников, 2006; И.А. Уваров, Н.Л. Тетерин, В.Т. Лекомцев, 2010).

Многие исследователи отмечают у лиц с хроническим алкоголизмом нарушения и истощаемость психической деятельности: снижение процессов мнестической деятельности, нарушения мышления, характеризующиеся нарушением процесса обобщения, склонность к конкретно-ситуационному суждению, затруднение при образовании понятия, а так же неустойчивость продуктивной деятельности (Б.С. Братусь, 1988; В.А. Худик, 1989).

В эмоциональной сфере также отмечаются изменения – неустойчивость, незрелость, высокий уровень конфликтности, трудности в разрешении конфликта и преодолении трудных ситуации (В.Ю. Завьялов, 1988; В.А. Худик, 1993; F.M. Costa, R. Jessor, M.S. Turbin 1999). Кроме того, в исследованиях Т.Г. Рыбаковой, Т.Н. Балашовой (1988) отмечается, что у больных алкоголизмом преобладает склонность к депрессивным, подавленным эмоциональным состояниям, а так же заниженная самооценка, чувство вины.

Исследуя дезадаптацию в целом, в том числе и у лиц с алкогольной зависимостью, нельзя не учитывать варианты совладающего поведения, как именно больные разрешают трудности. При возникновении трудных или стрессовых условий индивидууму необходимо преодолевать их или использовать защитные механизмы, что обеспечивает адаптацию личности. Именно поэтому важным является изучение влияния копинг-поведения на адаптацию личности, страдающей алкогольной зависимостью, так как для преодоления трудных и стрессовых ситуаций пациенты, больные алкоголизмом, в основном используют неадекватные и неблагоприятные способы их разрешения, что способствует дезадаптации лиц с хроническим алкоголизмом. (М.В. Демина, В.Д. Менделевич, 2007). Как правило, больные считают, что употребление алкогольных напитков для них является «допингом», стабилизатором эмоционального состояния и способствует адаптации к сложным ситуациям и условиям, однако они не осознают, что это ведет к дальнейшим последствиям и способствует их дезадаптации во всех сферах жизни (А.Н. Грязнов, 2002).

Цель исследования – изучение особенностей копинг-поведения лиц с алкогольной зависимостью в трудных и стрессовых жизненных

ситуациях. Исследование проводилось на клинической базе Республиканского наркологического диспансера. В состав первой группы обследованных вошли пациенты стационара, численность группы составила 200 чел., во вторую – родственники пациентов (200 чел.). Нозологическая диагностика алкогольной зависимости осуществлялось по международным критериям МКБ-10.

В исследовании для изучения копинг-стратегий поведения в группе больных алкоголизмом был использован опросник Э. Хайма. Выявлены базисные стратегии по сферам психической деятельности – выраженность адаптивных вариантов совладания (копинг-поведения) на когнитивном уровне: адаптивные – 79 человек (39,5%), неадаптивные – 68 чел. (34%), относительно адаптивные – 53 чел. (26,5%). На эмоциональном уровне: адаптивные – 83 чел. (41,5%), неадаптивные 69 чел. (38%), относительно адаптивные – 48 человек (24%). На поведенческом уровне: относительно адаптивные (в основном это вариант компенсации, т.е. стремление отвлечься или расслабиться с помощью алкоголя и т.п.) 76 чел. (38%), адаптивные – 65 чел. (32,5%), неадаптивные – 59 человек (29,5%).

Полученные данные свидетельствует о том, что пациенты, входящие в группу зависимых от алкоголя, выбирают для разрешения трудных и стрессовых ситуаций и ситуаций высокого эмоционального напряжения неблагоприятные копинг-стратегии поведения, что ведет к дезадаптации.

Таким образом, отмечая теоретическую значимость научных исследований, актуальность данной проблемы заключается в том, что анализ медицинской и особенно психологической литературы показал ее недостаточную изученность и разработанность, в связи с решением задач по комплексному использованию средств и методов психологической и психотерапевтической коррекции дезадаптации данной категории лиц и дисфункциональных семейных отношений, важную роль в которой играет система наркологической реабилитации больных с алкогольной зависимостью и их ближайшего окружения которая, может способствовать значительному улучшению взаимоотношений и снижению уровня отрицательных качеств личности и как следствие, снизить уровень дезадаптации, что невозможно без изучения структуры психологической защиты больного, стилей совладающего со стрессом поведения, а также структуры и особенностей семейных взаимоотношений и особенно без глубокого и всестороннего исследования личности больного хроническим алкоголизмом.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.С. Баранов, Д.В. Романов, А.Д. Романов

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

Групповые формы психотерапии пациентов психотического регистра все более широко применяются в психиатрии. Однако многие аспекты организации такого лечения мало изучены и трактуются в современной литературе неоднозначно. Представляет интерес обсуждение десятилетнего опыта организации подобной групповой терапии в условиях психиатрического стационара (Самарская психиатрическая больница). Пациентами открытой психотерапевтической группы являлись мужчины, страдающие параноидной шизофренией с активной на момент лечения галлюцинаторно-бредовой продукцией. Больные одновременно получали психофармакотерапию. Использовалась модель, предусматривающая совместную котерапевтическую работу врача-психотерапевта и двоих психологов-котерапевтов на каждом сеансе терапии. Применение такого подхода было обусловлено следующими факторами: а) клинико-психопатологическими особенностями психотических расстройств у пациентов, проявляющиеся отсутствием критики к болезни, непостоянством комплайенса, стремлением к блокаде отношений с окружающими, очень динамичной сменой поведения с высоким риском неадекватных аффективных реакций в ходе сессии; б) направленностью работы на активизацию эго-функций пациентов через активное включение их в терапевтические intersубъективные отношения в группе с коррекцией самосознания и улучшением подключения ко всем видам терапии; в) ограниченным по времени пребыванием больных в психиатрическом стационаре с относительно малым числом сессий. Эти факторы определили следующие особенности организации работы психотерапевтической группы. Крайне большой, интенсивно динамичный и аффективно насыщенный объём психотерапевтической работы на протяжении всего сеанса требовал постоянной поддержки психотерапевта со стороны котерапевтов-психологов.

При этом котерапевт должен быть осознанно готов играть соподчинённую роль во взаимоотношениях с руководителем группы – врачом-психотерапевтом, что необходимо для поддержания адекватного структурирования терапевтического процесса на всех этапах сеанса по типу модели «первичной семьи». В то же время при возникающей необходимости, чаще по прямому указанию врача, каждый котерапевт в группе должен быть готов временно взять на себя роль активного ведущего группы. Поддерживая активный динамический уровень и темп межсубъективного диалога (бриджинга) в кругу группы, котерапевт постоянно отслеживает характер перенос-контрпереносных отношений среди членов группы, включая специалистов, и своевременно сообщает врачу о назревании каких-либо кризисных моментов в работе с последующим дальнейшим обсуждением по ходу терапии таких проблемных моментов в режиме «здесь и сейчас» с участием пациентов. Такие «обсуждения-совещания» специалистов во «внутреннем круге» несут несколько функций – они проводятся корректно по отношению к больным, снижая градус аффективной заряженности пациентов; помогают сменить при необходимости тему обсуждения и пациента-протагониста, заполнить паузы молчания, столь часто возникающие в группе психотических пациентов; наконец, создают условия обратной связи путём косвенного информирования пациентов об адекватности или неадекватности их поведения, желательности переживания и проявления какого-либо нового опыта, имеющего лечебное значение. В ходе проведения сеанса и врач, и котерапевты-психологи могут обращаться за помощью к более опытным в групповой психотерапии больным, более адекватным к ходу лечебного процесса, чем пациенты-новички. Такие пациенты играют роль «инструкторов» для новичков, сообщая необходимую для них информацию на доступном для них бытовом языке. К тому же «инструкторы» выполняют важную организационную роль в сеансе (приглашают, собирают больных в группу; отслеживают временной аспект работы, отмечают присутствующих в журнале регистрации и т.д.), привнося необходимый элемент дисциплины в ход терапии и напрямую общаясь с котерапевтами. После 1,5-часового сеанса и возвращения больных в палаты стационара врач-психотерапевт подводит итоги прошедшего сеанса и возникшие проблемы с котерапевтами-психологами и лечащими врачами, если такие присутствовали на сеансе во «внешнем круге», что является желательным. Иногда на таких заключительных микросовещаниях участвуют пациенты-«инструкторы». Коротко оценивается весь сеанс, изучается мнение всех участвующих специалистов, намечаются задачи на следующие сеансы, а с лечащими врачами-психиатрами согласуются задачи сочетания групповой психотерапии с активной психофармакоте-

рапией, возможность внесения изменений. Производится оценка динамики клинической картины больных, степень коррекции их самосознания и отношения к окружающим.

Подобная организация групповой психотерапии пациентов с психотическими расстройствами, позволяет, на наш взгляд, существенно снизить эмоциональную нагрузку как на врача-психотерапевта, так и на котерапевтов-психологов, уменьшая возможность проявления у них «синдрома выгорания».

Рассмотренная организация котерапевтического взаимодействия в рамках групповой терапии показала свою эффективность в отношении улучшения комплайенса у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, что имеет исключительно важное значение как для стационарного, так и для последующих этапов оказания психиатрической помощи таким больным.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ НА КОНТРАКТНОЙ ОСНОВЕ

М.И. Вайберт

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Переход системы высшего образования на коммерческую основу послужило фундаментом для появления такой категории учащихся, как «студенты-контрактники». Психологические особенности студентов, заключивших контракт с вузом, несколько отличаются от студентов, обучающихся на бюджетной основе. Эти отличия могут быть выявлены лишь благодаря практическим исследованиям в этой области. Для этого должна быть разработана теоретическая база, описаны возможные гипотезы и созданы специализированные методики, позволяющие увидеть эти различия. Кроме того, необходимо осуществлять психокоррекционную работу, направленную на развитие гармонично развитой личности. Вот почему изучение этой проблемы так актуально в настоящее время.

Целью данного исследования является изучение психологических особенностей студентов, обучающихся на контрактной основе. В нашем исследовании приняли участие 33 студента-«контрактника» ЧГУ им. Ульянова, из них 21 – женского пола и 12 – мужского.

Для диагностики мотива избегания неудач и потребности в достижениях используется множество методик. В данном исследовании использовался «Опросник для оценки потребности достижения успе-

хов» (А. Мехрабиан). Он предназначен для дифференцированной оценки двух взаимосвязанных, но противоположно направленных мотивационных тенденций: стремлению к успеху и боязни неудач. Определенные сочетания этих мотивационных тенденций у человека по их силе создают определенный тип личности и предполагают разное поведение.

Получены следующие результаты, у 38% испытуемых в мотивации достижения доминирует стремление к успеху. Эти люди характеризуются высокой активностью, улучшением своих собственных результатов в любой деятельности, стремлением к превосходству. У них преобладает «видение» конечного результата деятельности, к которому они обязательно приходят, минуя все препятствия. Студенты с доминирующей потребностью в успехе достигают высоких результатов в учебной деятельности; могут совмещать работу с учебой, так как способны распределять свои силы на многие виды деятельности; испытывают большое удовлетворение от разного рода занятий.

У 57% испытуемых выявлено доминирующее стремление избегать неудачи. Эти результаты могут говорить о низкой активности студентов, невозможности распределять свои силы и внимание сразу на несколько видов деятельности, в том числе на несколько учебных дисциплин. Обычно они успевают по одному – двум предметам, которые не требуют творческого подхода и способности преодолевать препятствия. Для них характерна большая тревожность, неконструктивное отношение к учению.

У 9% испытуемых не наблюдается доминирование одного из мотивов. Такой результат может говорить о том, что на момент исследования у студентов было плохое настроение, либо они намеренно отвечали на вопросы не искренне. Повторное предъявление данной методики позволит, возможно, выявить преобладание одного из мотивов.

Нами было установлено, что между успеваемостью и мотивацией достижения существует зависимость ($r = 0,66$ на уровне значимости 0,01). Необходимо отметить, что результаты проведенной методики позволяют обозначить направление педагогической и психокоррекционной работы со студентами, у которых доминирует мотив избегания неудач. Нужно всячески развивать потребность в достижениях, поскольку она способствует не только высокой успеваемости, но и повышает эффективность учебной деятельности и положительно влияет на формирование личности студента в целом, способствует личностному росту. Этим целям можно достигать, используя различные тренинги, повышающие уверенность в себе, своих силах, обучающие навыкам общения со сверстниками и преподавателями и т.д.

Для диагностики самооценки и оценки значимых других мы применили методику «Личностный дифференциал». При интерпретации данных, полученных с помощью данной методики, всегда следует помнить о том, что в них отражаются субъективные, эмоционально-смысловые представления человека о самом себе, которые могут лишь частично соответствовать реальному положению дел, но часто сами по себе имеют первостепенное значение.

Выявлено, что почти все испытуемые имеют адекватную самооценку, что может говорить о гармоничном развитии личности, правильном восприятии себя и окружающих, вере в свои силы и оптимальной оценке своих возможностей.

Для того чтобы определить, существует ли взаимозависимость между такими показателями, как самооценка, успеваемость и мотивация достижений, найдем корреляции между этими показателями. Корреляция между самооценкой и успеваемостью студента равняется 0,16. Это довольно незначительная величина, поэтому можно утверждать, что уровень самооценки не влияет на успеваемость студента. Высокий показатель успеваемости может наблюдаться у человека с заниженной самооценкой и наоборот. Корреляция между самооценкой и мотивацией достижений равна 0,50. Этот результат позволяет говорить о том, что уровень самооценки в определенной степени влияет на мотивацию достижений и, следовательно, определяет стремление человека к высоким результатам в учебной деятельности или избеганию неудач в решении проблем.

Таким образом, между самооценкой и мотивацией достижений существует определенная зависимость. Следовательно, формирование оптимальной самооценки способствует построению конструктивной мотивации учебной деятельности. Самыми важными качествами личности испытуемые считают независимость, решительность, уверенность в себе и самостоятельность. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- существует определенная зависимость между уровнем мотивации достижений и успеваемостью студентов: чем выше уровень мотивации достижений, тем выше успеваемость испытуемого и наоборот – чем выше потребность в избегании неудач, тем успеваемость ниже;

- самооценка оказывает влияние на формирование конструктивной мотивации учебной деятельности, а самыми важными качествами личности испытуемые считают независимость, решительность, уверенность в себе и самостоятельность.

Исходя из вышесказанного, можно дать следующую рекомендацию: важно формировать у студентов-контрактников конструктивную мотивацию достижений, так как она повышает успешность учебной деятельности и удовлетворенность процессом обучения.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

О.Ю. Вербина

*Чувашский государственный педагогический университет
им. И.Я. Яковлева, Чебоксары, Россия*

В настоящее время считается, что понятие «здоровье» должно включать такие формы поведения, которые позволяют улучшить нашу жизнь и сделать ее благополучной, достичь высокой степени самореализации. Благополучие касается всех аспектов жизни человека, а не только его физической формы. Необходимо гармоничное сочетание социального, физического, интеллектуального, эмоционального и духовного элементов в жизни. Большинство из этих элементов формируется и проявляется в определенной деятельности человека. Для студентов таким видом деятельности является обучение. Поскольку в настоящее время существует необходимость соотнесения здоровья с видом деятельности, целесообразно рассматривать понятие «здоровье студентов» с точки зрения эффективности их участия в образовании, где здоровье выступает одним из факторов результативности процесса обучения.

В современной педагогической и психологической науке активно разрабатываются вопросы здоровьесбережения участников образовательного процесса. Характеризуя состояние здоровьесбережения в практике образования, необходимо уделить особое внимание выявлению слабых мест в подготовке преподавателей в рассматриваемом аспекте. При этом соответствующую готовность педагогических кадров следует рассматривать в трех аспектах: теоретическом, мотивационном и практическом. Педагоги, играющие одну из ведущих ролей в воспитании навыков сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса, сами обладают недостаточным уровнем готовности к осуществлению здоровьесбережения. Решение проблемы сохранения здоровья участников образовательного процесса возможно только через повышение уровня готовности педагогических работников к здоровьесбережению в образовательном процессе.

В связи с этим встает вопрос о готовности преподавателей обеспечить паритет образованности и здоровья студентов, что проявляется в здоровьесберегающем образовательном процессе. Необходимо готовить педагогов к здоровьесберегающей деятельности, чтобы они обладали соответствующими знаниями, профессиональными качествами, мастерством.

Для обеспечения содержательной составляющей можно использовать разнообразные формы методической работы как коллективные,

так и индивидуальные: психолого-педагогические семинары, научно-практические конференции, семинары-практикумы, творческие отчеты рабочих групп, шефство и др.

Здоровье, таким образом, выступает как мера качества жизни людей и политики государства. В связи с этим под здоровьем нации принято понимать конечный результат государственной политики, дающей возможность гражданам относиться к своему здоровью как к непреходящей ценности, как к основе продления здорового рода, сохранению, совершенствованию трудового потенциала, как к развитию генофонда, творчества и духовности человека.

АКЦЕНТ НА ПРИОРИТЕТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИН БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

И.В. Городецкая

*Витебский государственный медицинский университет,
Витебск, Беларусь*

Формирование направленности человека на здоровый образ жизни относится к наиболее актуальным проблемам современной психологии и медицины. Решение этой задачи является одним из приоритетов государственной политики.

Актуальность проблемы связана с увеличением степени рисков техногенного, экологического, политического и военного характера; нарастанием и изменением характера нагрузок, которые испытывает современный человек в связи с усложнением и ускорением ритма жизни, приводящими к преобладанию в структуре заболеваемости «болезней цивилизации», прежде всего сердечно-сосудистой патологии.

Наибольшую социальную значимость имеет проблема состояния здоровья молодежи как будущего общества, так как преимущественно с этим возрастом связано формирование вредных привычек, которые наряду с другими факторами (гиподинамией, нерациональным режимом труда и отдыха, неправильным питанием) сказываются на качестве здоровья как самих молодых людей, так и новых поколений.

Обеспокоенность по поводу ухудшения состояния здоровья молодежи выражается в том, что во всех нормативных правовых документах по реализации молодежной политики в развитых государствах имеются аспекты, касающиеся здорового образа жизни.

Одним из источников проблемы является недостаточность образовательного компонента в области формирования навыков здорового

образа жизни. С целью решения этого вопроса проводятся следующие мероприятия:

- фестивали, целями которых являются объединение усилий по пропаганде здорового образа жизни путем привлечения молодых людей к активному отдыху и регулярным занятиям физической культурой и спортом; активизация деятельности молодежных организаций, органов государственного управления, предоставление возможности молодым людям разносторонне проявить себя, содействие проведению массовых молодежных спортивных соревнований, мероприятий, направленных на профилактику негативных явлений в молодежной среде;

- мастер-классы;

- семинары;

- круглые столы;

- образовательные циклы лекций;

- смотры-конкурсы творческих работ по пропаганде здорового образа жизни;

- выставки, выставки-ярмарки;

- пресс-мероприятия – информация в СМИ, на ТВ, в сети Интернет;

- реклама здорового образа жизни.

Важную роль в проведении всех перечисленных мероприятий должны играть специалисты – врачи, поэтому усвоение навыков здорового образа жизни студентами медицинского вуза имеет прежде всего социальное значение.

Проблема формирования здорового образа жизни имеет междисциплинарный статус и должна рассматриваться не только с точки зрения традиционно доминирующей биомедицинской парадигмы мышления, но и со стороны социологии, психологии, социальной антропологии и других наук, связанных с человековедением. Однако для формирования здоровья прежде всего необходимы знания о законах жизнедеятельности организма человека, о закономерностях протекания и регуляции его функций, о взаимодействии организма с окружающей средой. Все это является задачей общепрофессиональных дисциплин биологического профиля, преподаваемых на младших курсах медицинских вузов. Поэтому роль их в формировании профессиональной готовности будущих врачей к здоровьесохранной деятельности особенно значительна.

Целью данной статьи является выявление аспектов данной проблемы, на которые необходимо обратить особое внимание при изучении дисциплин биологического профиля, на примере преподавания дисциплины «Нормальная физиология», которая завершает доклиническое образование будущих врачей.

На каждой лекции и на каждом практическом занятии в обязательном порядке должно уделяться внимание вопросам, способствующим формированию навыков здорового образа жизни. Например, студентам при изучении физиологии мышц разъясняют, что их значение заключается не только в выполнении двигательной функции, обеспечении работы некоторых внутренних органов, поддержании позы, но и в обеспечении возврата венозной крови к сердцу (периферические сердца), реализации генетически детерминированных возможностей, поскольку каждый двигательный акт влечет за собой не просто восстановление исходного состояния, а обязательно избыточное восстановление, т.е. избыточность осуществляется только в связи с активностью. Поэтому справедливо высказывание: «структура делает функцию, а функция делает структуру».

При изучении физиологии дыхания обращается внимание студентов на вредное воздействие веществ, содержащихся в табачном дыме, на слизистую оболочку дыхательных путей и эпителий легких, при чтении лекций по физиологии выделения – на слизистую оболочку почечных лоханок, мочеточников, мочевого пузыря.

При изучении физиологии крови указывается влияние вредных привычек и факторов окружающей среды на состав и функции крови.

При изучении высшей нервной деятельности добиваются понимания студентами того, что в основе целенаправленного поведения человека лежат потребность и формирующаяся на ее основе мотивация. Следовательно, для деятельности по сохранению и укреплению здоровья прежде всего необходимы соответствующая потребность и мотивация.

Кроме того, на элективе по клинической физиологии читается отдельная лекция на тему: «Физиологические основы здорового образа жизни», на которой разбираются следующие вопросы: Здоровый образ жизни – определение, значение, физиологические основы. Потребность и мотивация здоровья – определение, значение. Оптимальная двигательная активность – значение, режимы. Регуляция объема двигательной активности. Энергетическое правило скелетных мышц. Рациональное питание – современные теории. Основные направления улучшения качества питания. Значение балластных веществ в пищевом рационе. Информационно-энергетический коэффициент. Психофизиологическая саморегуляция – определение, значение. Правильный режим труда и отдыха – значение для поддержания и укрепления здоровья. Отсутствие саморазрушающего поведения. Факторы риска и вредные привычки – курение, употребление алкоголя и наркотиков, избыточный вес, нарушения питания, психоэмоциональные перенапряжения. Рекомендации по здоровому образу жизни для сохранения функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем и увеличения их резервов.

Из собственного опыта чтения лекций и проведения занятий можно заключить, что использование информационных технологий, прежде всего мультимедиа (графики, анимации, видео-, аудио-), а также телекоммуникационных технологий, значительно повышает интерес студентов к излагаемому материалу и степень его усвоения.

Таким образом, формирование понятия ценности здоровья и норм здорового образа жизни является одной из главнейших задач изучения дисциплин биологического профиля в медицинских вузах, поскольку способствует решению одной из наиболее актуальных проблем современной психологии и медицины – формированию направленности на здоровый образ жизни путем осознания будущими врачами личной ответственности за свое собственное здоровье и здоровье своих пациентов и подготовки их к деятельности по сохранению и укреплению здоровья человека.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОДОВОГО ОПЫТА В СУБЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ ЧУВАШЕЙ

Л.Ю. Емешева

*Президентский перинатальный центр,
Чебоксары, Россия*

Демографическая проблема России решается конкретно в ее регионах, в том числе с учетом ее этнокультурного наследия. Без учета этих факторов нельзя пользоваться общей теорией. Наш клинический опыт свидетельствует о том, что существует тесная связь между личностными характеристиками женщин-чувашей и спецификой реализации ими своего репродуктивного потенциала [1].

Современные чуваша, имеющие единое этническое самосознание, в зависимости от исторического места проживания условно разделяются на три субэтнические группы: вирьял, анатри и анат енчи. Группы анатри и анат енчи рассматриваются исследователями как этнографические группы, в значительной степени сохранившие этнические черты своих болгарских предков, в культуре вирьялов находят больше финно-угорских (главным образом марийских) элементов [2]. В нашем исследовании мы соединили группы анатри и анат енчи по общности этнических черт в одну – анатри. Групповые особенности эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования тесно связаны с основными медицинскими показателями, в частности с репродуктивным потенциалом населения [1].

Функциональный анализ родов показал существование устойчивых различий в состоянии здоровья и репродуктивного потенциала чувашских женщин двух этнографических групп. Роды у вирьял протекают с большим количеством отклонений от нормы, чем у анатри [1].

Перед данным исследованием мы ставили цель выявить демографические тенденции чувашского этноса путём сравнения личностных характеристик женщин группы вирьял и анатри, родивших естественно, и смешанной группы, родившей с помощью кесарева сечения.

Выборку составили 92 беременные женщины, посещавшие «Школу материнства» при Президентском перинатальном центре Чувашии, из которых 38 женщин родили естественно и 54 – оперативным путем. Средний возраст женщин составил 26 и 28 лет соответственно.

Известно, что процессы перинатального периода оставляют глубокий след и проявляются в последующей жизни человека. Женщина в родах учится работать эмоционально и телесно с ощущениями от схваток и в потугах, а затем вступает в первый контакт с ребенком, выполнив сложную работу. И для матери, и для ребенка создается некий алгоритм работы организма в трудностях, вырабатывается стрессоустойчивость. Процесс родов дает матери и ребенку необходимый опыт для дальнейшего сосуществования, создает предпосылки для развития гармоничного жизненного диалога.

Исследование проводилось методом факторного анализа Кеттелла 16 PF [3] на сроке беременности 32-33 недели.

Мы разделили группы по снижению качества получения родового опыта в зависимости от способа родов следующим образом: 1-я группа – «чувашки-анатри», родившие естественным путем; 2-я группа – «чувашки-вирьялы», родившие естественным путем; 3-я группа – женщины, закончившие беременность оперативным путем (и вирьялы, и анатри).

Получены результаты: у «чуваш-анатри» часто на фоне недоверия к людям развит консерватизм, чувство ответственности за свои действия, дисциплинированность и тщательность в выборе решений. Первичное ощущение неспособности справиться с жизненными трудностями переходит в активизацию, стремление доминировать, самоутверждение. Острые ощущения не пугают их, действуя, они сохраняют спокойствие и настойчивость. Их эмоциональная нестабильность, обособленность подтверждают то, что они будут традиционны в подходе к ситуации.

Итак, для «чувашки-анатри» естественность родов – традиция, она не хочет менять устои предков и стремится родить сама, в чем ей способствует наследственная обусловленность нервной системы сохранять спокойствие в неординарной ситуации родов и положительное отношение к новым ощущениям в схватках. Такое свойство помогает женщине последовательно проходить все этапы родовой нагрузки.

«Чуваши-вирьялы» часто внутренне не доверяют людям, осторожны, сильно зависят от мнения окружающих, легко теряют веру в себя и в свои возможности. При этом отличаются мечтательностью, богатым воображением как формой ухода от реальности. Можно отметить, что «чувашки-вирьялы» более сообразительны, способны решать абстрактные задачи, но склонны к соперничеству и упорству. Такое внутреннее эмоциональное неблагополучие компенсируется высоким самоконтролем поведения, умением хорошо скрывать эмоции, упорством в преодолении препятствий. Однако такое поведение сопровождается повышенным уровнем возбуждения и напряжения: «чувашка-вирьял» с трудом умеет расслабляться.

Таким образом, можно предположить, что качество родов у женщин из вирьялов зависит во многом от степени ее информированности о медико-психологических аспектах значения родов, от формирования мотивации желанно родить самой. Необходимо отметить то, что именно на женщин-вирьял эмоциональный контакт с медперсоналом имеет большое воздействие, так как эта женщина ведома в родах. Отсутствие эмоционального комфорта приводит к метаниям, суете, а далее – к напряжению и истощению энергетических резервов в родах.

Женщины, родившие оперативным путем, отличаются высоким интеллектом, эмоциональной стабильностью, некой мечтательностью, критическим мышлением при несерьезном отношении к жизни – «образ беззаботного подростка». Они, скорее, «думающие радикалы, чем активисты». При этом они не теряются в ситуациях, умеют противостоять усталости и выдерживать эмоциональные нагрузки.

Мы полагаем, что женщины из этой группы подходят к родам без выраженной мотивации на естественный процесс родоразрешения, подразумевающий определенную нагрузку на организм. Это, на наш взгляд, приводит к выбору оперативного родоразрешения как избежания напряжения. Наряду с социальной смелостью они проявляют легкомыслие, безответственность в родах. Если такая женщина воодушевляется в мечтах на естественное родоразрешение, она планирует роды ментально, но не подготавливаясь телом к родам. И тогда даже при мотивации у нее не хватает сил на действие.

Выводы:

1. Свойства личности предопределяют качество родов.
2. Родовой опыт для матери и ребенка в различных этноконсолидационных чувашских группах разный.
3. Более стрессоустойчивой и репродуктивно сохранной является группа родивших естественным путем «анатри-чуваши».
4. Сочетание факторов, внутренних и внешних, у «чуваши-вирьял» увеличивает вероятность попадания их в группу оперативных родов.

Предполагая прогноз родов для определенной категории женщин, можно корректировать их психоэмоциональное состояние при подготовке к родам и материнству, что является профилактическим, приоритетным направлением охраны здоровья на государственном уровне.

Литература

1. Емешева Л.Ю., Николаев Е.Л. Клинические особенности родов в этнографических группах чувашей: возможность акушерско-психологических соответствий? // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 112-114.
2. Иванов В.П., Николаев В.В, Дмитриев В.Д. Чуваши: этническая история и традиционная культура. М., 2000.
3. Рукавишников А.А. Факторный личностный опросник Кеттелла: метод. рук-во. СПб., 2006. 96 с.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В РАБОТЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ

К.В. Куприна

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Социально-психологические воздействия в условиях экономической нестабильности существенно влияют на качество жизни предпринимателя. Интенсивный темп жизни, эмоциональная напряженность межличностных отношений в бизнесе, информационные перегрузки, неблагоприятные экономические факторы, постоянное нахождение в «зоне риска» и мн. др., воздействующие на предпринимателя обстоятельства, предъявляют повышенные требования к его организму, переводя физиологические системы в экстремальный режим функционирования. Увеличенные нагрузки на психоэмоциональную сферу приводят к перенапряжению и истощению адаптивных и компенсаторных возможностей организма и негативно сказываются на психической регуляции жизнедеятельности.

Один из часто используемых в последние годы способов оценки состояния здоровья человека это оценка с биопсихосоциальной точки зрения, предложенная G.L. Engel. Опираясь на общую теорию систем Л. фон Берталанфи, G.L. Engel рассматривает биопсихосоциальную модель как динамическое единство, включающее различные подструктуры, находящиеся в процессе постоянного изменения и взаимного влияния. Согласно G.L. Engel, эти подструктуры имеют иерархическую организацию, в основании которой лежат физикальные подсистемы (частицы и атомы), далее следуют органические системы (в виде клеток, органов и систем органов), личностные подсистемы (в виде

переживаний и поведения личности), культурные и общественные системы вплоть до биосферы. Каждая система функционирует по собственным законам и поэтому для анализа феноменов каждого уровня необходимы специфические и адекватные этому уровню средства. Находящиеся в иерархическом единстве подсистемы состоят в непосредственном и постоянном контакте и взаимно влияют друг на друга, что выражается в постоянном взаимодействии органических, психологических и социокультурных факторов. В их взаимовлиянии не существует простых линейных причинно-следственных связей, все причинные связи комплексные и сложные (Холмогорова А.Б., 2010).

Астенические нарушения становятся наиболее частым предвестником и проявлением не только соматических заболеваний, но и социально-психологической дезадаптации личности в целом. Зачастую предшественником развития астенического синдрома является синдром хронической усталости.

Нами проведено исследование 80 предпринимателей (40 мужчин и 40 женщин в возрасте от 23 до 48 лет). В процессе исследования участникам предлагались следующие методики: шкала астенического состояния; тест «Самочувствие, активность, настроение»; сокращенный многофакторный опросник исследования личности; интегративный тест тревожности; опросник состояний в авторской редакции.

При проведении нашего исследования более 80% опрошенных предпринимателей предъявляли жалобы: на постоянное ощущение усталости, снижение внимания и памяти, отсутствие чувства бодрости и прилива сил после ночного сна, повышенный уровень избегания проблемных ситуаций и отстранение от принятия решений. При этом состояние опрошенных, по их мнению, существенно ухудшилось за последние 3-4 года. Такие проявления, как нарушения сна, неустойчивость настроения, снижение работоспособности были отмечены практически у всех опрошенных нами предпринимателей.

Астения характеризуется теми же симптомами, что и синдром хронической усталости, являясь в то же время уже психопатологическим состоянием: слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушением сна. Причиной астенических синдромов могут быть: органические нарушения (45%) и функциональные расстройства (55%) (Аведисова А.С., 2004). Функциональные расстройства предполагают существование психических заболеваний (депрессия) или реактивных состояний (переутомление, стресс, послеродовой период, состояние после инфаркта, алкогольная абстиненция и др.).

Лечение астенических нарушений носит комплексный характер и должно быть обращено ко всем уровням функционирования индивида:

соматическому, психологическому, социальному. Такого же комплексного подхода требует, очевидно, профилактика астенических расстройств как важного компонента повышения качества жизни предпринимателя, сохранения его работоспособности, продуктивности и всей полноты функционирования.

Существуют различные способы и методы профилактики и лечения астении. Поскольку жизнь человека – явление социальное, в решении проблем, возникающих при межличностных отношениях, может помочь пребывание в специально организованных тренинго-психотерапевтических группах. Работа в группах позволяет организовать экспериментально-исследовательскую лабораторию для моделирования и анализа внутри- и межгрупповых социально-психологических явлений. Относительно новым направлением интенсивной краткосрочной патогенетической психотерапии является фундаментальная позитивная реинтеграция личности (ФПРЛ): фундаментальной, т.е. нацеленной на коррекцию патогенетических основ, «фундамента» личности пациента, нейрофизиологических и глубинных личностных структур; позитивной, т.е. несущей в себе положительное, гуманистическое начало; реинтеграции – объединения, создания целостной личности на новой адаптивной, гармоничной основе. Фундаментальная позитивная реинтеграция личности опирается на труды классиков и современников суггестии и гипносуггестии от В.М. Бехтерева (1911, 1925) до Л. Шертока (1992), М. Эриксона (1994, 1995, 2000) и его последователей, положения бихевиоризма и поведенческой терапии – концепции Б. Скиннера (1974), практику Д. Вольпе (1973, 1980), В. Франкла (1966) и др., а также подходы личностно-ориентированной (реконструктивной) патогенетической психотерапии (Б.Д. Карвасарский, 1985, 2003; В.Н. Мясищев, 1960, 1973 и др.), эмоционально-стрессовой условно-рефлекторной терапии (В.Е. Рожнов, 1979 и др.) и нейро-лингвистического программирования (Р. Бэндлер, Д. Гриндер, 1995, 1996; Р. Бэндлер, 1998 и др.) Этот подход разработан на основе симбиоза идей психологии отношений, теории функциональных систем, когнитивно-бихевиоральной и рационально-эмотивной психотерапии. Еще одним эффективным методом лечения астенических расстройств является рефлексотерапия. Для усвоения позитивного поведенческого стереотипа может быть проведена альтернирующая суггестия.

Таким образом, среди предпринимателей рекомендуется проводить разъяснительные беседы, личностную терапию, а также групповую терапию для профилактики и лечения астенических расстройств.

ОПЫТ РАБОТЫ «ШКОЛЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ» В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Н.В. Максимова

Городская больница №7, Чебоксары, Россия

В настоящее время курение является самой актуальной проблемой общества, с каждым годом отмечается увеличение числа курящих людей, 30% из них женщины. По данным ВОЗ, в настоящее время табак убивает около 3 млн человек во всем мире, но эта цифра может вырасти до 10 млн через 30–40 лет, если нынешние тенденции курения сохранятся.

Уровень заболеваемости населения напрямую связан с широким распространением табакокурения, что значительно сокращает продолжительность жизни. Интенсивность курения с возрастом повышается, что свидетельствует о формировании синдрома стойкой никотиновой зависимости, требующей дифференцированной медицинской коррекции.

По статистике, самостоятельно прекратить табакокурение способны менее 5% курильщиков с пятилетним стажем. Это послужило причиной организации в БУ «Городская больница № 7» Минздравсоцразвития Чувашии «Школы преодоления табачной зависимости». С 2008 г. «Городская больница № 7» объявлена – «Зоной некурящих!» и на основе типового положения о «Школах пациентов» отделения врача общей практики разработана программа с тематическим планом «Школа преодоления табачной зависимости». Занятия проводятся в вечернее время. Участие в школе бесплатное, что значительно повышает ее доступность для населения. Общее количество слушателей в группе 8-10 человек. Предлагается комплексный алгоритм лечения, который включает работу врача общей практики, медицинского психолога и врача рефлексотерапии, оценивается степень зависимости и риск развития заболеваний, составляется индивидуальная схема каждому курящему пациенту.

Врачи, психолог и другие специалисты работают по принципу преемственности. На разных этапах реабилитации кто-то из специалистов играет ведущую роль, а остальные оказывают поддержку. В период обследования и первичного отбора ведущим специалистом является врач общей практики, в период диагностико-мотивационной работы наиболее активную роль играет психолог, далее – врач-реабилитолог.

Врачи общей практики на участке и на приеме активно ведут осмотр пациентов с никотиновой зависимостью, входящих в группу рис-

ка по развитию хронических заболеваний. На первом этапе работы врачи общей практики проводят беседу о вреде курения, собирают анамнестические данные, при необходимости проводят лабораторно - инструментальные исследования.

Цель диагностико-мотивационного этапа – формирование мотивации у пациента на исследование состояния своего здоровья и установки на соблюдение рекомендации специалистов. Длительность его – около 2 недель.

После мотивационной беседы врач направляет пациента к психологу. Психолог в первой беседе делает акцент на негативных последствиях курения: вред здоровью (сопутствующие заболевания), различные проблемы в отношениях: с родными, коллегами. Совместно с пациентом анализирует все его предыдущие попытки бросить курить. Таким образом, специалист подводит пациента к выводу, что если собственными усилиями справиться с зависимостью не удалось, то для достижения успеха необходимо обратиться за помощью к специалисту, то есть стимулирование к обращению за помощью. На этом этапе формирование искренности и конкретности является основным критерием результативности. Далее – наблюдения специалистов за пациентом и стимулирование его к активному участию в лечебном процессе. Проведение индивидуальных консультаций и групповых занятий, чтение лекций о курении, принципах здорового образа жизни, рационального питания. Лекции о выздоровлении, проводимые врачами и психологом, содержат информационный блок о принципах реабилитации, симптомах никотиновой зависимости и способах ее преодоления, действиях, направленных на профилактику рецидива. В зависимости от специалистов и их интересов, содержание лекций может варьироваться. Лекционные занятия являются важной частью мотивационной работы. Организуя дискуссии, стимулируя вопросы во время лекции, специалисты могут легче установить контакты с пациентами, необходимые для эффективной работы.

Нередко в семье курят не только взрослые члены семьи, но и подрастающее поколение, поэтому работа ведется со всеми членами семьи. Специалистами школы семья рассматривается как пациент. Не всегда возможно достигнуть серьезных изменений, ограничиваясь только работой с самим пациентом, поэтому, начиная с первого этапа, специалисты стараются привлечь в реабилитационный процесс ближайшее окружение пациента-супруга (супругу), родителей и других значимых родственников. Каждая совместная встреча имеет свои цели и задачи. Например, задачи семейной встречи – вовлечение ближнего окружения пациента в лечебный процесс и помощь родственников в формировании эффективной помощи к выздоровлению.

Если пациент активно вовлечен в процесс лечения и готов выполнять все рекомендации специалистов, после итоговой встречи направляется к врачу отделения восстановительного лечения. Следующий этап – активное участие в лечебном процессе самого пациента и обучение ответственности за выполнение рекомендаций и свое поведение. Этот процесс реабилитации длительный.

Далее подведение итогов – по результатам работы проводится собеседование, в котором, помимо врача отделения восстановительного лечения и врача общей практики, участвует и психолог. Ресурсы, сильные стороны и потенциальные возможности являются будущей перспективой пациента после окончания лечения.

Заключительный адаптационный этап – это поиск ресурсов личности для расширения дальнейшей перспективы. Основная цель – профилактика рецидивов, анализ «срывов» и «работа над ошибками», направленная на формирование более эффективной стратегии выздоровления, соблюдение пациентом принципов здорового образа жизни и восстановление душевного равновесия без употребления никотина.

По итогам отчетов, ежегодно школу посещают от 170 до 200 человек, из них большую часть составляют пациенты с заболеваниями системы кровообращения (53%), пациенты с хроническими заболеваниями органов дыхания (17%), сахарным диабетом (1,8%) и просто желающие бросить курить (27%).

В лечении никотиновой зависимости используются различные методы лечения. По принципу действия они делятся:

- 1) на направленные на замещение курения;
- 2) вызывающие отвращение к табаку;
- 3) уменьшающие явление табачной абстиненции.

Используются препараты, содержащие никотин (коррида-плюс), никотиновый пластырь (никотинелл ТТС), никотиновая жевательная резинка (никоррета).

Состояние пациентов оценивается и разбивается на группы в соответствии с их повседневной реакцией на лечение и результатами анализов, а не просто по результатам одного собеседования.

$\frac{1}{3}$ пациентов, посещающих школу, проходят тестирование у медицинского психолога для определения типа курительного поведения, степени никотиновой зависимости и уровня мотивации к отказу от курения. Совместно с пациентом психолог анализирует все предыдущие попытки бросить курить и формирует искренность и конкретность, повышает уверенность пациента в собственных силах, отмечает какие преимущества отказа от курения.

Когда медикаментозные методы лечения неэффективны, используется иглорефлексотерапия, которая отличается доступностью приме-

ния, простотой инструментария, эффективно устраняет программу зависимости организма, в том числе от табака и еды, снижает тягу к никотину. Курение – приобретенный рефлекс, можно образно сказать, что этот рефлекс записан в определенной зоне головного мозга, при лечении табакокурения иглоукальванием стирается рефлекс курильщика.

В течение нескольких лет врачом рефлексотерапии успешно применялся метод иглоукальвания, в частности аурикулотерапия с использованием серебряных микроигл пролонгированного (продолжительного) действия с оставлением игл до 10-12 дней. Проведен анализ эффективности работы по результатам лечения, и по отзывам пациентов, отмечались положительные результаты лечения. При наличии у пациента четкой мотивации на здоровый образ жизни и желание бросить курить эффективность работы школы достигается 70%.

Таким образом, школа обеспечивает комплексный и индивидуальный подход к семье, пациенту, и направлена на получение пациентам доступной и квалифицированной помощи, всем желающим бросить курить.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ С УЧАСТИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ

Н.В. Максимова, Л.А. Немцева

Городская больница № 7, Чебоксары, Россия

БУ «Городская больница № 7» Минздравсоцразвития Чувашии – многопрофильное лечебное учреждение. Основной принцип организации работы – максимальная доступность квалифицированной медицинской помощи, индивидуальная работа с каждым пациентом, оптимальное определение объема необходимого лечения и оборудования, высокий профессиональный уровень медицинского персонала.

Большое внимание уделяется профилактической работе и ранней диагностике заболеваний. Профилактическая работа ведется в соответствии с многоуровневой системой профилактики в республике и построена на принципах первичной, вторичной и третичной профилактики. Руководит организацией всей профилактической работы заместитель главного врача по лечебной работе. Специалист профилактики координирует организацию и методически обеспечивает профилактическую составляющую повседневной работы врачей и медсестер первичного звена на приемах, в школах здоровья, проводит профилактические мероприятия для различных групп населения, сотрудничает с

управлениями по информационной политике здравоохранения и другими учреждениями.

Профилактическая работа со здоровым населением до введения системы семейной медицины была организована в виде кабинета медицинской профилактики, а через него – кабинета планирования семьи, Школ будущих матерей и отцов, кабинета здорового ребенка.

За последние годы в лечебном учреждении внедрены современные подходы: переориентация от массовой к индивидуальной профилактике. Так, проводятся анкетирование и социологические опросы населения, постоянно организуются Дни открытых дверей и акции («Проверь свое здоровье», «Измерь свое давление», «Прощай, сигарета»). Ведутся консультативные беседы на приемах у специалистов по формированию принципов здорового образа жизни. Специалистами службы семейной медицины профилактическая работа осуществляется в форме профилактических осмотров, диспансерного наблюдения и патронажа необходимой категории граждан.

Основные задачи первичного звена – это регистрация факторов риска и начальных стадий заболевания у населения и работа со здоровым населением по сохранению и укреплению здоровья, рациональному питанию, физической активности, соблюдению правил эпидемиологического благополучия. Необходимо отметить, что в современных условиях до 40% (как здоровых, так и больных лиц, одинаково мужчин и женщин) населения готово активно заботиться о своем здоровье.

С созданием ОВОП в больнице создана сеть Школ пациентов (вторичная профилактика) и Школ здоровья (первичная профилактика). В больнице в настоящее время работают десять школ. Об эффективности работы Школ свидетельствует снижение уровня госпитализации населения на 5-10%, числа направлений к врачам-специалистам – 10-15%, количество вызовов скорой помощи – 5-15%. В Школах здоровья совместно с врачами общей (семейной) практики ведут работу и врачи узких специальностей, в нескольких школах работает медицинский психолог.

На базе женской консультации и кабинета планирования семьи организована Школа для беременных с целью улучшения состояния здоровья родителей будущего ребенка и активного вовлечения семьи в процессе подготовки к рождению ребенка. Работа проводится по принципу акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса.

Акушеры-гинекологи информируют о ходе беременности и родах. Педиатры дают информацию об уходе за малышом, уделяя большое внимание грудному вскармливанию. Медицинским психологом проводятся занятия по дородовому воспитанию и обучению будущих

мам разным видам релаксации. Также проводится работа акушер-гинекологами, врачами общей практики и медицинским психологом по повышению рождаемости в Школе репродуктивного здоровья. В тематический план работы школы входят психологические занятия по профилактике аборт, проводится курс лекций о вредном воздействии прерывания беременности на здоровье женщины. Благодаря такой работе за последние несколько лет количество аборт среди женщин детородного возраста снизилось вдвое (2006 г. – 87; 2007 г. – 65; 2008 г. – 34; 2009 г. – 16; 2010 г. – 3; 2011 г. – 0). Важное условие в работе специалистов: *«Даже сохраненный один ребенок – это сохранение еще одной вселенной»*.

По итогам последних лет при работе по АТПК отмечена тенденция к увеличению количества родов вдвое, в том числе женщин, решившихся на рождение второго ребенка – 50%, а на рождение третьего – 10% – раньше эти показатели были очень низкие.

В случае необходимости проводится работа медицинским психологом в Школе здоровья для сотрудников больницы по обучению методам саморегуляции для улучшения психологического и физического здоровья сотрудников. Широко используются такие методы, как дыхательная гимнастика, психогимнастика, физические упражнения, точечный массаж и др. Такая практика получила положительные отклики от медперсонала лечебного учреждения.

Большое внимание уделяется работе с лицами пожилого возраста. В основе работы лежит улучшение общего состояния здоровья участников, подбор оптимальной физической нагрузки с индивидуальным подходом. Задача медицинского психолога – создание благоприятной обстановки для общения пациентов между собой и повышение эмоционального фона настроения пациентов.

Уровень заболеваемости населения напрямую связан с широким распространением табакокурения, что является одной из основных причин преждевременной смертности. С каждым годом отмечается увеличение числа курящих людей, до 30% из них женщины.

По статистике, самостоятельно прекратить табакокурение способны менее 5% курильщиков с пятилетним стажем. Это послужило причиной организации в лечебном учреждении «Школы преодоления табачной зависимости». Разработана программа «Школы преодоления табачной зависимости» комплексного алгоритма лечения, который включает работу врача общей практики, медицинского психолога и врача рефлексотерапии, оценивается степень зависимости и риск развития заболеваний, составляется индивидуальная схема каждому курящему пациенту.

Врачи, психолог и другие специалисты работают по принципу преемственности. На разных этапах реабилитации кто-то из специалистов играет ведущую роль, а остальные оказывают поддержку. Так, в период обследования и первичного отбора ведущим специалистом является врач общей практики, в период диагностико-мотивационной работы наиболее активную роль играет психолог, далее – врач отделения восстановительного лечения. Основная цель работы школы – мотивация пациентов на исследование состояния своего здоровья, формирование установки на соблюдение рекомендации специалистов и активное вовлечение в процесс лечения. В лечении никотиновой зависимости используются различные методы лечения. Эффективно используется иглорефлексотерапия, которая отличается доступностью применения, простотой инструментария. При наличии у пациента четкой мотивации на здоровый образ жизни и желание бросить курить эффективность работы школы достигается 70%.

Таким образом, работа в Школах здоровья формирует у населения мотивацию к сохранению своего здоровья и повышает их ответственность за свое здоровье, обеспечивает повышение точности выполнения назначений врача и информирование населения. Независимо от принципов профилактической работы важна Мотивация населения к укреплению здоровья, что требует большой психологической работы.

НЕГАТИВНЫЙ ПЕРЕНОС В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С НАРЦИССИЧЕСКИМ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Р.Д. Миназов, Ю.О. Тумакова

Медицинский центр «Клиника Инсайт», Казань, Россия

В настоящее время в практике психолога все чаще приходится сталкиваться с нарциссическим расстройством личности у пациентов. Современное общество ориентировано исключительно на реализацию поставленных целей и достижений. Изменения, происходящие в современном мире, приводят к усилению личностной дезинтеграции и нарушениям идентичности. Клиническое наблюдение пациентов с нарциссическим личностным расстройством позволило выявить ряд психопатологических особенностей их детей, что укладывается в понятие психопатологического диатеза. Психопатологический диатез – клинически проявляемое состояние готовности индивидуума к развитию психического заболевания, свидетельство неустойчивости функ-

циональных систем организма в латентной стадии заболевания [7]. Учитывая, что нарциссические черты могут передаваться через поколения, можно предположить, что настоящее и будущее общество обречено быть нарциссическим.

Нарциссические расстройства по своей природе сложно поддаются коррекции, так как пациент, страдающий таким расстройством, не осознает собственной патологии [1]. Особенности сложности возникают в процессе психологической коррекции детей – «нарциссов».

Родители, обращающиеся за консультацией, желают изменить поведение ребенка, но не намерены работать над собственной личностью, чтобы не подвергнуться критике «грандиозное Я» [2]. Проблема психологической коррекции заключается в том, что родители приводят своих детей на консультацию к психологу только в тех случаях, когда они уже не поддаются контролю. Зачастую родители жалуются на ребенка психологу и делают это в присутствии детей [1]. В таком случае пациент с НЛР расщепляет образ ребенка и желает вернуть его в удобное для себя состояние.

Очень важно проводить не только коррекцию отклонений в поведении у ребенка, но и психотерапию с родителем [5]. Отсутствие эмпатии, высокомерие, требование «особого» отношения к себе, чувство зависти осложняют работу с данными пациентами, поскольку происходит обесценивание работы психолога.

В ситуации психологической коррекции с ребенком, сам психолог представляется ребенку идеалом (противоположным родителю). Согласно терминологии психоаналитиков, налицо «позитивный перенос» [6]. Однако нарциссичный родитель, наблюдая за положительной динамикой ребенка, может почувствовать собственную родительскую некомпетентность и обесценить психолога, испытывая при этом к нему чувства гнева и зависти [3]. С одной стороны, подобная зависть предполагает наличие неосознанного желания создавать эмоциональные отношения, проявлять эмпатию, т.е. перейти от коммуникации «Грандиозного Я» к нормальным человеческим отношениям. С другой – возникает высокая степень риска прерывания курса психотерапии родителем.

Люди с нарциссическим расстройством личности относятся к окружающим с необыкновенной завистью: они идеализируют тех, от кого ждут приношений своему нарциссизму; тех, от которых ничего не ожидают, презирают и обесценивают. В глубине души нарциссы никому не доверяют, а также неосознанно «портят» то, что получили от других, и это также связано с чувством зависти [3]. Разрушительное чувство вынуждает пациента обесценивать труд психолога.

В случае психологического консультирования пациента, обладающего подобным типом характера, альянс в терапевтических отношениях и перенос сильно отличаются от того, который создают пациенты с другими расстройствами личности, например, с обсессивно-компульсивным, зависимым. Психолог прежде всего отмечает отсутствие у пациента интереса к исследованию переноса [8]. Комментарии и вопросы о том, что пациент чувствует по отношению к психологу, могут вызвать аффективную реакцию.

В действительности нарциссические пациенты имеют сильные реакции на психолога. Обычно их переносы эгосинтонны, что препятствует их изучению [8].

В процессе психологической коррекции детей нарциссов чаще встречается негативный перенос у родителя на психолога. Этот феномен проявляется, когда родитель начинает замечать у своего ребенка идеализированный, позитивный перенос. В этом случае зависть к психологу действует разрушающе на терапевтические отношения. У нарциссического пациента появляется чувство собственной ничтожности как родителя, которое ставит под угрозу его идеализированное, ложное Я.

Попытки прояснить чувства «родителя – нарцисса» могут вызвать разные реакции: от чувства гнева и ярости до депрессии. Процесс прояснения необходимо проводить с особой осторожностью и более длительно по времени, нежели с пациентами с невротической организацией личности [6].

Как работать с негативными реакциями нарцисса на психолога в процессе консультирования?

Начинающий психолог в большей степени подвержен обесценивающему переносу, нежели идеализирующему. В такой ситуации появляется чувство, что подлинная сущность психолога как человека, имеющего некоторый опыт и искренне пытающегося помочь, подавляется [8]. Фактически, мы имеем дело с контрпереносным ощущением того, что вас вычеркнули и игнорируют как реальную личность, что является диагностическим для нарциссической динамики.

Изначально важным для психолога является осознание и понимание переноса. Не менее важным является способность вовремя отслеживать свои собственные реакции на нарциссического пациента, что позволит своевременно начать прояснять перенос.

Учитывая защитные реакции нарцисса на начальных этапах консультирования, необходимо при каждой встрече демонстрировать пациенту безопасность отношений. Транслировать ему в тактичной форме, что психолог не намерен разрушать его ложное Я (по крайней мере, пока не пришло время), и что в отношениях с ребенком он дос-

таточно компетентный родитель и некие ошибки в воспитании позволительны, и никто не собирается его в этом винить. Важно установить систематический, максимально стабильный (насколько это возможно) контакт для возможности проводить коррекционную работу с ребенком нарциссического родителя.

Таким образом, преодолевая сложности отношений с «пациентом-нарциссом», существует надежда не только на психологическую реабилитацию его детей, но и коррекцию нарциссического личностного расстройства у родителя. Немногие из нарциссических пациентов обращаются к психологу, пока не начнут страдать от сопутствующих невротических и психосоматических симптомов [4]. С годами их нарциссическая патология обычно осложняется этими вторичными симптомами, отчего в среднем и пожилом возрасте их функционирование ухудшается [2]. Родители, обращающиеся за помощью к детскому психологу, как правило, в среднего возраста. По мнению Отто Кернберга, это лучший возраст для психотерапии нарциссического личностного расстройства.

Усугубление психологического состояния, обострение ощущений пустоты и скуки, также могут способствовать обращению к психологу. В этом случае заявленные симптомы будут соответствовать мишеням психологического консультирования, что значительно может ускорить процесс осознания и адаптации.

Литература

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. СПб., 2010.
2. Кернберг О.Ф. Отношения любви: норма и патология: пер. с англ. М.Н. Георгиевой. М., 2000.
3. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии // пер. с англ. М.И. Завалова. М., 2000.
4. Кулаков С.А. Психосоматика. СПб., 2010.
5. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М., 2011.
6. Кохут Х. Психоаналитическое лечение нарциссических расстройств личности: принципы систематического подхода // Антология современного психоанализ. М., 2000. Т. 1. С. 409-429.
7. Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И, Чумаченко А.А. Психопатологический диатез. М., 2008.
8. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М., 1998.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Л.И. Мостовая, Н.Ю. Кувшинова, М.В. Гузова
*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

Высокая значимость исследования парентеральных вирусных гепатитов обусловлена повсеместным распространением и высоким уровнем заболеваемости. Эпидемическая обстановка по вирусным гепатитам в Российской Федерации остается крайне неблагоприятной. Наряду с успехами в исследованиях по вопросам диагностики и лечения различных форм гепатитов имеются и достаточно проблемные вопросы. Особое значение приобретает изучение нарушений психической сферы у данного контингента больных.

Нами было проведено исследование психологического статуса 35 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) в два этапа – в первые дни поступления в стационар и на момент выписки после курса терапии и проведения цикла психокоррекционных занятий. Из методов исследования мы применяли интегративный тест тревоги (ИТТ), метод цветowych выборов Люшера, опросник оценки качества жизни SF-36. Со всеми пациентами проводилась беседа, в результате которой был выявлен очень низкий уровень медицинской информированности как самих пациентов, так и их родственников относительно имеющегося заболевания. Данный факт сам по себе может приводить к формированию эмоциональных расстройств, чувства стигматизации, возрастанию внутренних конфликтов и, как следствие, служить предпосылкой личностной дисгармонии.

Установлено, что у пациентов с хроническим вирусным гепатитом повышен уровень как ситуативной, так и личностной тревоги. Результаты по всем шкалам опросника превышали 6 стенов, в структуре тревоги преобладал астенический компонент ($8 \pm 0,7$). По данным методики Люшера, наиболее частый выбор цветовой комбинации – сочетание синего и коричневого цветов, т.е. для больных с вирусным гепатитом характерно переживание физического дискомфорта и подавление физиологических потребностей (коричневый), актуализация потребности в глубокой привязанности, эмоциональном комфорте (синий), а также отрицание стенического типа реагирования (красный цвет определялся преимущественно на последних позициях).

По результатам изучения качества жизни максимально низкие показатели диагностированы по следующим шкалам: влияние физиче-

ского состояния на ролевое функционирование ($32\pm 6,8$), общее состояние здоровья ($47\pm 5,2$), жизнеспособность ($45\pm 4,6$), влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ($33\pm 5,9$). Результаты психодиагностики указывают на субъективно переживаемое неблагополучие, что особенно хорошо отразила методика исследования качества жизни.

На основе полученных данных была разработана программа групповой поддержки пациентов с ХВГС, рассчитанная на 10 занятий длительностью 50 мин каждое. В структуру каждого занятия входили три блока – подготовительный, информационный и заключительный. В подготовительном блоке пациентам предлагалось выполнить простые упражнения, направленные на формирование групповой сплоченности и снятия чувства напряжения. Второй блок включал в себя предоставление информации как медицинского, так и психологического характера. В основном это была информация, касающаяся терапии, образа жизни при имеющемся заболевании и возможных его последствиях. Уделялось внимание вопросам комплайенса, обсуждались сложности соблюдения режима и выполнения врачебных назначений. Последний блок включал обучение навыкам снятия внутреннего напряжения, реакций тревоги и раздражения посредством релаксации, дыхательных упражнений, осознания базовых убеждений, способствующих возникновению данных состояний. Таким образом, каждый пациент имел возможность овладеть техниками, которые позволили бы ему самостоятельно улучшить свое психофизиологическое состояние, не прибегая к постоянной помощи специалистов.

Данная программа прошла апробацию в течение года на базе областного гепатологического центра клиник Самарского ГМУ г. Самара. По окончании курса с пациентами проводилось повторное тестирование, которое показало статистически значимое снижение уровня ситуативной тревоги (статистически значимый сдвиг диагностирован по шкалам эмоциональный дискомфорт, реакции социальных защит, тревожная оценка перспективы) и улучшение показателей качества жизни (статистически значимые различия по шкалам, социальное функционирование и влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование).

РИСКИ ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НЕФОРМАЛЬНЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ МОЛОДЕЖИ

Е.Л. Николаев, Т.А. Куликова

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

С целью изучения взаимосвязи между психологическими характеристиками представителей неформальных объединений молодежи и рисками их психическому здоровью проведено психологическое исследование 120 молодых людей в возрасте 15-25 лет (60 чел. – представители неформальных объединений, 60 чел. – контрольная группа). Использовались отечественные опросники, направленные на выявление особенностей жизненных ориентаций, социальной поддержки, семейных взаимоотношений, потребления алкоголя, проблемного поведения и модификаций тела.

Выявлено, что распространенность курения среди представителей неформальной молодежи значимо не отличается от контроля. В то же время испытуемые экспериментальной группы реже задумываются о прекращении курения и чаще попадают в ситуации употребления наркотиков. Главными мотивами потребления алкоголя для них являются традиционные, социально обусловленные, культурно-распространенные. Значимы также атарактические мотивы алкоголизации, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания. Отмечается большая распространенность наркотиков среди представителей экспериментальной группы, терпимость к их употреблению, недооценка разрушительности их действия, возможность незащищенного секса с лицами, употребляющими наркотики.

Имея в структуре личности больше шизоидных и истероидных черт, представители неформальных групп чаще проявляют выраженную склонность к аутодеструктивному поведению в виде суицидальных мыслей, предпочтений экстремальных видов деятельности, самоповреждения тела, различных его модификаций. Практически у всех молодых людей экспериментальной группы определялись дисгармоничные семейные отношения, которые способствовали формированию аутодеструктивных тенденций и заострению патологических черт личности.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ: КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ

Е.Л. Николаев, Ф.В. Орлов

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Когнитивно-поведенческое направление является одним из трех наиболее часто выделяемых методологических направлений психотерапии наряду с психодинамическим и гуманистическим. После пребывания определенное время в тени психоаналитически ориентированных подходов когнитивно-поведенческие подходы психотерапии в настоящее время переживают в России определенный подъем. В связи с этим было бы интересно проследить по данным научной литературы, насколько тесно связана когнитивно-поведенческая психотерапия с культурной основой общества или его отдельных этнических групп.

В отношении обоснованности использования при кросскультуральной психотерапии техник другого широко известного направления – *когнитивно-поведенческого* – встречаются довольно разноречивые мнения. В работе J. Rittenhouse (2000) беспристрастно разбираются клинические аспекты взаимосвязи этничности, фенотипа, диагностики и лечения посттравматического стрессового расстройства у больных смешанного этнического происхождения с помощью глазодвигательной десенситизации и перестройки (EMDR). Безоченочный характер носит сообщение C.B. Ferrell, D.C. Beidel, S.M. Turner (2004) об изучении особенностей клинической симптоматики социофобии и результатов ее лечения методами поведенческой психотерапии у американских подростков европейского и африканского происхождения. Значимые различия в двух этнических группах не выявлены. Осторожной позиции придерживаются R.D. Marshal и E.J. Suh, (2003), которые, не отрицая положительного опыта применения в психотерапии посттравматического стрессового расстройства клинически обоснованных методов поведенческой терапии, считают, что в полиэтничном обществе вопросы влияния культуры на клиническую картину и результаты лечения еще остаются недостаточно изученными.

Рандомизированное клиническое исследование результативности четырехмесячной психотерапии ВИЧ-инфицированных с депрессией, проведенное J.C. Markowitz et al. (2000), дало более низкий эффект когнитивно-поведенческой терапии в группе афро-американцев, чем среди других больных. Низкая эффективность когнитивных техник в

работе с подростками-якутами также описана З.И. Кекелидзе с соавт. (2004). Напротив, в сообщении А.А. Pina et al. (2003) подчеркивается, что кросскультуральное исследование результатов когнитивно-поведенческой терапии по методу погружения показывает ее высокую эффективность у подростков латиноамериканского происхождения. Уточнение J. Yamamoto (1998) относит высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии к случаям умеренной и выраженной депрессии.

Наряду с тем, К. Lloyd, D. Bhugra (1993) подчеркивают, что когнитивная триада у депрессивных больных в сравнительном этнокультуральном аспекте серьезно не изучена и не оценена, в связи с чем требуют дальнейшего изучения причины преобладания в некоторых западных культурах не эмоций вины, а переживаний стыда, выступающих больше в качестве социально направленных проявлений.

Особый интерес представляет работа Y.N. Lin (2002), посвященная особенностям применения когнитивно-поведенческой терапии в работе с лицами, принадлежащими к китайской культуре. Автором выделяются преимущества этого терапевтического подхода при работе в контексте традиционных китайских взглядов и ценностей. Китайские больные ждут от психотерапевта директивности, патернализма, заботы и эмпатии. Они предполагают, что психотерапевт будет предлагать конкретную информацию, давать необходимые советы или непосредственно сам решать проблемы пациента, что связано с авторитарным характером общественных отношений в китайском обществе. Когнитивно-поведенческий терапевт, работающий в русле проблемно-ориентированного подхода или метода, нацеленного на выработку решений, будучи лидером терапевтического процесса, естественно проявляет авторитет и компетентность. Вдобавок к этому во время психотерапевтического процесса он берет на себя определенный уровень ответственности в области установления проблемы, определения цели встречи, планирования хода работы, ее осуществления и оценки. Эффективный, в глазах китайского пациента, психотерапевт всегда берет часть ответственности за лечение и его результат на себя, дает четкие рекомендации и советы, активно поддерживает деятельность пациента по выполнению домашних заданий, выработке новых навыков в ходе сессий и на практике.

К достоинствам когнитивно-поведенческого подхода в контексте китайской культуры Y.N. Lin (2002) относит возможность фокусировки на нарушениях поведения, что избавляет пациентов от необходимости исследования тщательно подавляемых ими эмоций и ощущений. Корректировка негативного эмоционального опыта в таком случае

проводится косвенно, через поведение. В своих рекомендациях по работе с китайскими пациентами автор советует соблюдать баланс между индивидуализмом и коллективизмом, при принятии решений ориентировать пациентов на сочетание сохранения собственной индивидуальности и учета семейных и групповых целей, социальных норм и ожиданий близких.

Таким образом, когнитивно-поведенческие подходы имеют возможность эффективного использования в рамках незападных культур при условии учета культуральной специфики общества и конкретного индивида.

Литература

1. Rittenhouse J. Using eye movement desensitization and reprocessing to treat complex PTSD in a biracial client // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2000. № 4. P. 399-408.
2. Ferrell C.B., Beidel D.C., Turner S.M. Assessment and treatment of socially phobic children: a cross cultural comparison // *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.* 2004. № 2. P. 260-268.
3. Marshall R.D., Suh E.J. Contextualizing trauma: using evidence-based treatments in a multicultural community after 9/11 // *Psychiatr.Q.* 2003. № 4. P. 401-420.
4. Markowitz J.C., Spielman L.A., Sullivan M., Fishman B. An exploratory study of ethnicity and psychotherapy outcome among HIV-positive patients with depressive symptoms // *J. Psychother. Pract. Res.* 2000. № 4. P. 226-231.
5. Pina A.A., Silverman W.K., Fuentes R.M., Kurtines W.M. et al. Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: treatment effects and maintenance for Hispanic / Latino relative to European-American youths // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2003. № 10. P. 79-87.
6. Кекелидзе З.И., Портнова А.А., Певцов Г.В. и др. К этнокультуральным особенностям острой реакции на стресс у якутских школьников, пострадавших при пожаре в поселке Сыгыбыл // *Психич. здоровье и безопасность в обществе: науч. материалы 1-го национального конгресса по соц. психиатрии.* М., 2004. С. 64.
7. Yamamoto J. Psychotherapy in the Pacific Rim countries // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 52. Suppl. P. 233-235.
8. Lloyd K., Bhugra D. Cross-cultural aspects of psychotherapy // *Int. Rev. Psychiatry.* 1993. № 5. P. 291-304.
9. Lin Y.N. The Application of Cognitive-Behavioral Therapy to Counseling Chinese // *Am. J. Psychother.* 2002. № 1. P. 46-58.

ТВОРЧЕСКИЙ И ТОКСИЧЕСКИЙ СТЫД КАК РЕГУЛЯТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И.А. Погодин

Институт гештальта, Минск, Беларусь

Статья посвящена феноменологии и динамике одного из наиболее важных ранних эмоциональных проявлений, регулирующих социальные отношения. В ней мы сфокусируемся на стыде, разделив его на творческий и токсический. В завершение статьи мы немного затронем психотерапевтические аспекты рассматриваемой проблемы.

Стыд возникает в качестве социального регулятора возбуждения [8] – ребенок оказывается захваченным врасплох в момент возбуждения, связанного с удовлетворением какой-либо его потребности, возбуждение при этом резко блокируется, появляется стыд. Переживание стыда всегда является следствием прерывания поддержки в поле [1] – self как естественный процесс в поле внезапно лишается какой бы то ни было поддержки со стороны среды, до этого момента присутствовавшей. Оставшийся избыток возбуждения в этой ситуации может быть инвертирован и направлен вовнутрь, что проявляется в интенсивных вегетативных реакциях – дрожи, потоотделении, гиперемии, сжимании тела для того, чтобы спрятаться или исчезнуть («провалиться сквозь землю»). Одним из важнейших этиологических факторов формирования стыда у ребенка является развитие его в поле высоких ожиданий со стороны родителей с одной стороны, и нечувствительность среды по отношению к его переживаниям – с другой [2, 10, 11].

Необходимо также отметить, что стыд является следствием интродективной природы психики человека [7]. Причем интродекция в генезе стыда имеет двойное, даже амбивалентное значение. С одной стороны, стыд формируется как реакция на столкновение с интродектами (например, с убежденностью, что «то, что я делаю – отвратительно» и, как следствие, – «я сам отвратительный» или набором «долженствований»). С другой – именно интродект о своем собственном существовании и важности для других способствует увеличению свободы обращения со стыдом, трансформируя его в смущение в контакте. Этот интродект представляет собой виртуальную поддержку поля, при его отсутствии человек лишается опоры в виде убежденности в ценности своего существования или вообще начинает сомневаться в нем, следствием чего является возникновение сильных переживаний, в том числе и стыда, лежащего в генезе хронического принципиально неудовлетворимого стремления к признанию со стороны среды. Кроме того,

необходимо отметить, что стыд достаточно часто актуализируется в кризисные периоды жизни человека ввиду того, что психологические кризисы инициируют иногда достаточно радикальные изменения в self. При этом вдвойне значимым оказывается соответствующее подтверждение со стороны среды.

Стоит разделять стыд творческий и стыд токсический. Первый – это естественная реакция на приближение и психологическое «обнажение» в контакте, другой – способ прервать контакт ввиду невыносимости его переживания. Токсический стыд разрушает контакт так быстро, как никакое другое негативное переживание. Способы разрушения контакта при этом соответствуют способу обращения человека с возникающим у него стыдом. Например, переживание стыда может быть трансформировано в реализацию замещающего его гипервыраженного стремления к признанию с сопутствующими ему требованием подтверждения значимости и зависимостью от объекта-носителя этого подтверждения¹. Подавленный токсический² стыд часто также инициирует тенденцию предательства по отношению к себе, выражающуюся стремлением быть не тем, кем человек является на самом деле. Значительное место в этом процессе имеет исполнение определенной социальной роли с релевантным ей внешне презентуемым образом человека, который насыщается характеристиками, являющимися не реальными, а желаемыми. Отсюда этиологически проистекает внутренне невыносимое ощущение себя самозванцем с соответствующим ему сильным желанием спрятаться и страхом быть разоблаченным. Переживание стыда также с успехом может заменить полярный феномен компенсаторного характера – гордость с сопровождающей ее час-

¹ По аналогии с действиями известного персонажа – царицы из сказки А.С. Пушкина «О мертвой царевне и семи богатырях», которая изводила зеркало постоянными требованиями о подтверждении своей привлекательности: «Свет мой зеркальце, скажи, да всю правду доложи. Я ль на свете всех милее, всех румяней и белее?». После соответствующего подтверждения у царицы на некоторое непродолжительное время возникало облегчение. Однако вскоре возникающий хронический стыд актуализировал вновь нестерпимую потребность в подтверждении образа себя. Причем важно отметить, что фрустрация этого стремления со стороны зеркала вызывает сильно выраженную ярость: «Ах ты мерзкое стекло!...». Именно ярость, а не гнев, поскольку царица по-прежнему остается зависимой от зеркала, от его подтверждения ее привлекательности.

² Токсическим стыд становится именно в результате репрессии процесса его переживания, в тот момент, когда человек оказывается наедине со своим стыдом. Невыносимость стыда является производной от этого феномена. Творческие ресурсы стыд обнаруживает в момент размещения и переживания его в контакте с другим человеком.

то тенденцией к психологическому эксгибиционизму¹. Способ организации контакта при этом зачастую связан со значительной долей эпатжа. Иллюзия контроля окружающей среды и своей собственной жизни также могут на время облегчить тревогу, маркирующую подавленный стыд, при срыве же этого механизма возможно отыгрывание рэкетных эмоциональных образований в форме ярости, злости, обиды, вины и т.д. Кроме того, важным фактором, определяющим феноменологию переживания стыда, является сопутствующий ему страх быть отверженным [11]. Поэтому остановка в контактном способе переживания стыда поддерживается со стороны реактивной тенденции к опережающему отвержению: «Пусть лучше первым отвергну я, чем потом отвернутся от меня». Разрушение таким образом контакта выступает надежным превентивным средством относительно любого переживания, в том числе и стыда.

Несколько слов относительно терапии клиентов, испытывающих деструктивное воздействие токсического стыда. Как уже отмечалось, токсический стыд отличается от творческого отсутствием какой бы то ни было возможности к переживанию его в контакте. Как только стыд размещается в отношениях с другим человеком, на границе контакта сразу же появляются неизвестные ранее или давно забытые ресурсы – творческое возбуждение, удовольствие от контакта, подавленные и неосознаваемые ранее потребности, удовлетворение которых делает жизнь человека более насыщенной и полноценной. При этом стыд, переживаемый в одиночестве, часто трансформируется в уже выносимое смущение в контакте, а акцент переживания смещается в сторону удовольствия, которое можно рассматривать в качестве маркера успешного терапевтического процесса.

Течение терапевтического процесса, предполагающего существование токсического стыда, зависит от типичного для данного клиента способа обращения с ним. Основная проблема заключается не столько в работе со стыдом, сколько в сопротивлении этому процессу ввиду наличия вторичного стыда («стыдиться стыдно»). На границе контакта чаще проявляется не сам стыд, а рэкетные компенсаторные образования. Тем не менее одной из важнейших терапевтических задач является дифференциация стыда, что возможно осуществить, например, посредством обращения внимания на телесные проявления или возникающие фантазии. Далее необходимо легализовать переживание стыда («испытывать стыд – это нормально, естественно», «вы имеете право на эти переживания» и т.д.). Только после этого для клиента оказыва-

¹ Клиническая проблематика эксгибиционизма как сексуальной девиации коренится именно в подавленном переживании чрезвычайно сильного стыда.

ется возможным разместить стыд в контакте с терапевтом, говорить о своем стыде, его переживании и содержании другому человеку. В этот момент становится очевидным, что испытываемый стыд не разрушает ни терапевта, ни самого клиента – бесценный опыт, необходимый для терапии стыда. Освобождение эмоциональных проявлений id-функции благоприятствует освобождению также и функции personality, при этом неустойчивое ее функционирование, лежащее в основе стыда, приобретает более ясные и стабильные черты, прежний образ себя трансформируется под влиянием новых впечатлений, к которым клиент получает доступ. Естественным образом отпадает необходимость в рэкетных образованиях self – типичной деформации контакта, замещающих переживаниях, неадекватных образах себя и окружающих.

Несмотря на терапевтическое воздействие процесса контакта, необходимо отметить следующее. А именно, при контактной терапии стыда необходимо учитывать риск, который несет в себе сближение и самораскрытие клиента. При чрезмерном для клиента темпе сближения терапевтический процесс скорее усилит стыд и спровоцирует непродуктивные формы отыгрывания, типичные для него. Поэтому в терапии следует ориентироваться не на желания терапевта и его представления о терапевтичности контакта, а на темп сближения, свойственный клиенту. Терапия токсического стыда – это терапия «малых шагов». На наш взгляд, терапия стыда должна носить эволюционный характер, заключающийся в легализации всех, даже непродуктивных способов обращения с ним. Важно дать понять человеку, что он имеет право на любые способы предъявления и организации контакта, на любые ошибки, и что его за это не будут дополнительно стыдить. Несмотря на то что целью терапии стыда является его легализация в отношениях с другим (другими), иногда оказывается важным легализовать перед этим более доступные рэкетные образования в форме, например, бесстыдства (пусть даже и с сильным налетом отыгрывания вовне), выраженной зависимости от признания и т.д.

Завершая анализ феноменологии и терапии стыда, следует отметить, что важным фактором успешности терапии в этом случае является способность самого терапевта переживать стыд. В противном случае естественный терапевтический процесс может быть разрушен посредством прерывания контакта или, наоборот, его чрезмерной фасилитации терапевтом, что в итоге все равно приведет к его прерыванию. Значительную роль при этом играет способность терапевта совершать ошибки, признавать их и не разрушаться при этом.

Литература

1. Виллер Г. Гештальт-терапия постмодерна: за пределами индивидуализма. М., 2005. 489 с.

2. Калитеевская Е. Гештальт-терапия нарциссических расстройств // Гештальт-2001. М.: МГИ, 2001. С. 50-59.
3. Клайн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. СПб.: Б.С.К., 1997. 96 с.
4. Клайн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П. Развитие в психоанализе. М.: Академический Проект, 2001. 512 с.
5. Левкиевская Е. Мифы русского народа. М.: ООО «Издательство Астрель», ООО «Издательство АСТ», 2003. 528 с.
6. Мечковская Н.Б. Язык и религия: Пособие для студентов гуманитарных вузов. М.: Агентство «ФАИР», 1998. 352 с.
7. Погодин И.А. Психотерапия в эпоху постмодерна // Гештальт гештальтов: Евро-Азиатский вестник гештальттерапии. 2007. № 1. С. 26-37.
8. Робин Ж.-М. Стыд // Гештальт-2002. М.: МГИ, 2002. С. 28-37.
9. Этерлей Е.Н. О семантике слов с корнем яр- (в связи с исследованием славянского божества Ярилы) // Диалектная лексика. Л., 1978. С. 102-114.
10. Kernberg O. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: Yale University Press, 1994.
11. Pogodin I. Psychologiczna fenomenologia narcyzmu // Gestalt. 1/2005 (62). P. 34-39.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ «ШКОЛЫ БОЛЬНОГО»

Н.А. Русина

*Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия*

Цель работы «Школы» – создать условия психологического контроля над соматическим заболеванием, профилактировать соматическое расстройство, перевести хроническое заболевания из разряда «неуправляемого» в «условно управляемое» и «управляемое».

В обучении персонала «Школы» должны принимать участие специалисты по направлению школы, а также психологи, которые смогут научить групповой работе, расскажут о психологических особенностях больных, психолого-педагогических основах обучения, восприятия. В их компетенцию должны входить занятия по обучению общению с пациентами, их родственниками, в медицинском коллективе, преодолению конфликтов. Психологи должны обучить персонал методам психологической безопасности.

Обучение желательно проводить в интерактивной форме. Программы для персонала должны строиться вокруг практических аспектов медицинской деятельности, охватывая в то же время вопросы широкого теоретического плана (новые взгляды на хронические заболе-

вания, взаимодействие врача и больного и т.д.). В парадигме медицины XXI века должен найти свое отражение существовавший еще с глубокой древности холистический подход к человеку, соединяющий в единстве его «телесность», душу и дух. Наибольшим образом нарушение этого триединства наблюдается в психосоматических расстройствах. Необходимо объяснять медицинскому персоналу значимость этого триединства как в развитии заболеваний, так и в его лечении и обучении в самой школе.

Достаточно распространена практика, когда помощь персонала оказывается необходимой в большей степени родственникам, чем больному. Для медицинского персонала важно умение обучать родственников выполнению назначений, ухода. Еще одна задача – научить родственников жить с болеющим человеком общей жизнью, поддерживать его своим пониманием и принятием его чувств, укрепляя в нем те надежды, которые реалистичны. Третья – поддерживать родственников, когда у них складывается ощущение, что все неприятности больной вымещает на них, и они чувствуют себя виноватыми.

Программы обучения больных должны разделяться на учебные единицы, а внутри их – на «учебные шаги» с регламентацией объема и последовательности изложения, постановкой учебных целей для каждого «учебного шага» и содержать необходимый набор педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков. В рамках школы предметные знания должны перестать быть самоцелью – они лишь материал, при помощи которого обучаемый на базе своих способностей формирует знание.

Успех обучения пациента в школе больного зависит от него самого, его позиции, приверженности лечению, комплаенса врача и больного и определяется формированием у больного мотивации. Основой успеха является формирование навыков самоконтроля, наличие обратной связи, активная позиция пациента, готовность к самостоятельной жизни с заболеванием. При формировании мотивации решающее влияние оказывает поведение обучающего во время занятия (как именно он вовлекает больных в тренировку навыков самоконтроля, как учитывает индивидуальные проблемы больных). Для обучения значима обратная связь, состоящая в том, как обучающий реагирует на вопросы и ответы больных. Во время занятий должен быть непрерывный непрямой контроль усвоения материала, достижения целей обучения; проверяются практические навыки. Каждое занятие должно начинаться с повторения материала предыдущего, его излагают больные, отвечая на вопросы обучающего. Задача специалиста при активной форме занятий в форме беседы – получить прямую информацию о том, достигается ли цель обучения. Для того, чтобы вовлечь пациентов в

активную работу, обучающий персонал должен найти к каждому из них свой подход.

В процессе обучения необходимо учитывать ряд психологических и социальных факторов, которые влияют на результаты лечения и обучения. Персонал должен понимать содержание таких понятий, как внутренняя картина здоровья, внутренняя картина болезни, совладание с болезнью, комплаенс, приверженность лечению, степень принятия заболевания (отрицание, гнев, «торг», самоанализ, принятие болезни, лечения, обучения). Знание преморбидных психологических особенностей личности пациентов с различными заболеваниями является необходимым условием работы «Школы». Понимание роли закрытости эмоциональной сферы, неадекватного выражения эмоций, сдерживания эмоций в «Школе» следует считать тревожным маркером неэффективности проводимой терапии.

Многие программы, уделяя внимание познавательным аспектам, упускают из вида коррекцию поведения. Существует целый ряд психологических приемов, помогающих пациенту изменить свое поведение, самому управлять заболеванием. Обучающим следует лучше ориентироваться в стадиях принятия заболевания их пациентами. Это позволит избежать ошибок, выбрать правильную позицию в соответствии со стадией процесса. Только после принятия болезни пациент может научиться управлять ею.

Важной проблемой является распределение ответственности за лечение между врачом и пациентом (локус контроля). Некоторые больные ощущают постоянную зависимость от врача, обсуждают с ним каждый шаг и чувствуют себя нормально только в условиях стационара. Врач, не осознавая ситуации, считает такое положение естественным, либо хочет, но не может его изменить. Выход – в подготовке больного к самостоятельной жизни с заболеванием с самого начала.

Персоналу необходимы знания психотипа, акцентуации личности больного, возрастных особенностей, чтобы влиять на его поведение в болезни. Трудности следует обсуждать с больным, при неудаче изменить тактику, стараясь соотнести ее с возможностями больного. Стадии изменения поведения: безразличие, размышление, подготовка, действие, поддержание (самоконтроль приобретает стабильность).

Самоконтроль (СК) включает: симптомы заболевания, психологию пациента, оценку лечения и заболевания, взаимосвязь врач-пациент. Эффективность работы «Школы» – учет объективных показателей и субъективных ощущений больного, субъективного благополучия, качества жизни. Полезным является заключение с больным «контракта». Например, врач предлагает больному проводить измерения показаний (давления, уровня сахара, пульса и т.д.) «всего лишь в

течение двух недель». За это время больной может понять, что многократный самоконтроль не так обременителен, как казалось, зато полезен, и продолжит его по своей инициативе. При неудаче врач должен изменить тактику, стараясь соотнести ее с возможностями больного. В ряде «Школ» распространены телефонные звонки пациенту («автодозвон»), во время которых разъясняется действие препаратов, требования к режиму приема, рекомендации по изменению образа жизни. Результаты СК больной заносит в дневник, что служит базисом для самостоятельного лечения и последующего обсуждения с врачом. Дневник больного – это необходимая помощь врачу и больному в мониторинге хронического заболевания и его лечения. Необходимо отмечать результативность СК: «правильно-неправильно», «не проводится». Предлагаемые методы оценки эффективности: анализ дневников СК; изменение отношения к рекомендациям врача, отдаленный контроль ускоренного и стойкого клинического улучшения, регулярность посещений занятий, оценка изменений эмоционального состояния в ходе занятий, к концу «Школы»; оценка стресса и тревоги (тест Люшера), рисунки «Я и моя болезнь».

**В.Н. МЯСИЦЕВ О ПСИХОТЕРАПИИ
ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
(К ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ
«ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ»)**

В.А. Чернявский

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия*

Психотерапии посвящены многочисленные работы В.Н. Мясищева. Особенностью психотерапии, в отличие от всех других форм медицинской практики, воздействующих на организм, или на тело больного, является то, что психотерапия оказывает влияние на психику больного, а через психику и на телесные страдания. Она может быть определена и несколько иначе. «Человек представляет собой единство организма и личности. Нет надобности доказывать, что психотерапия влияет на личность и через личность на организм больного. Иными словами, эта формула не просто повторяет предыдущую, а подчеркивает специфически человеческие особенности» (Мясищев В.Н., 1974).

Психотерапия представляет пограничную зону, в которой сочетается лечение, восстановление и воспитание человека. Будучи системой

перевоспитания человека путем взаимодействия врача с отдельным больным и группой лиц, она имеет целью формирование у них правильного отражения действительности и правильного отношения к ней.

В марте 1933 г. в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева было открыто отделение неврозов, руководителем которого стал В.Н. Мясищев. Отмечая теоретические и практические трудности, которые возникли с самого начала работы отделения, он указывает, что особенности клинической лечебной работы с больными неврозами заключаются в том, что основным методом является психотерапия. «Задача психотерапии не может быть разрешена нацело в плане какой-либо одной из существующих (буржуазных) систем и, пользуясь в нашей работе элементами всех господствующих направлений (психоанализ, психосинтез, индивидуально-психологическая терапия, так называемая рациональная психотерапия и т.п.), отделение поэтому работает над созданием системы психотерапии, дифференцированной в соответствии с изучаемыми нами патогенетическими типами неврозов, имеющей своей задачей изменение личности невротика, т.е. в первую очередь переделку его социальных установок» (Мясищев В.Н., 1934).

Основные положения патогенетической психотерапии как системы личностно-ориентированной психотерапии невротических расстройств были сформулированы В.Н. Мясищевым (1960) на основе «психологии отношений» в 30-40 гг. прошлого века в тесной взаимосвязи с его учением о природе неврозов. Патогенной основой различных форм неврозов он считал противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, – с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обуславливают ее невыносимость в той или иной ситуации. В.Н. Мясищевым были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, неспособной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

Основной задачей системы патогенетической психотерапии являлось выяснение жизненных отношений, сыгравших болезнетворную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию, вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности.

Психотерапевт осуществляет дело перестройки личности и отношений больного, опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). «Именно в этом смысле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений» (Мясищев В.Н., 1973. С. 19).

Содержательную, а не формальную связь между патогенетическим пониманием невроза и патогенетической психотерапией отражает следующее высказывание В.Н. Мясищева: «Психотерапия должна основываться на генетическом исследовании личности, ее особенностей, ее характера и особенностей формирования болезненной симптоматики. И только тогда, когда мы свяжем симптом с состоянием личности и с условиями, вызвавшими их возникновение, сможем проводить патогенетически обоснованную терапию (Мясищев В.Н., 1969. С. 23).

В своих статьях по психотерапии В.Н. Мясищев неоднократно возвращается к вопросам соотношения патогенетической психотерапии и других психотерапевтических методов при невротических расстройствах. «Догенетическая психологическая теория неврозов, психогений вообще, и психотерапии пыталась осветить механизм неврозов и психотерапии преимущественно ролью когнитивных (познавательных) (Дюбуа), эмотивных (Дежерин) и, наконец, конативных (волевых или «потребностных») моментов. Когнитивные, или интеллектуальные теории, соответственно современным взглядам, превратились в информационные (А.М. Свядощ, П.В. Симонов). Не отрицая интереса и значения этих соображений, нельзя не учесть, что наиболее существенно в терапии больного неврозом не восполнение недостающей информации, а разрешение патогенного противоречия путем перестройки отношения больного к патогенному воздействию обстоятельству (Мясищев В.Н., 1972. С. 16).

Вспомогательные методы психотерапии, так же как гипноз, внушение, наркогипнотерапия, условно-рефлекторная терапия, показаны тем в большей степени, чем большую роль в возникновении и течении невротического расстройства играют реактивные моменты, чем более нормальна преморбидная личность. Решающее значение патогенетиче-

ская психотерапия приобретает при неврозах развития, где формирование болезни представляет длительный процесс патологического развития личности. Однако, отмечал В.Н. Мясищев, речь идет не об эклектической полипрагазии, и не механической сумме изолированных средств, а об их синтезе на основе взаимодействия и взаимоподкрепляющего действия.

В этом отношении представляет интерес следующее замечание В.Н. Мясищева (1961. С. 15): «Необходимо подчеркнуть, что может оказаться достаточной одна элементарная фармакотерапия, если внутренние ресурсы личности позволяют ей, выключившись из травмирующей ситуации, компенсироваться, в большинстве случаев нужна психотерапия, и она играет решающую роль». Неверным является представление некоторых наших специалистов о том, что психотерапию больному проводит врач-психотерапевт, а фармакотерапию ему же назначает врач-психиатр. Такой вопрос уже возник, в частности, при разработке стандартов оказания психотерапевтической помощи.

Ряд работ В.Н. Мясищева посвящен анализу публикаций зарубежных специалистов. В трудных условиях идеологизации психотерапии, длительной изоляции ее от ведущих направлений этой науки в зарубежных странах, он, оставаясь на философски-методологических позициях, характерных для советского периода нашей истории, в то же время подчеркивает позитивные стороны методов зарубежной психотерапии. Так, например, высказывая свое отношение к З. Фрейду (работы которого по сути были запрещены в нашей стране), он, в частности, пишет, что «Значение психоанализа заключается в том, что он представляет первую попытку построить систему понимания психогенеза и психотерапии (Мясищев В.Н., 1974. С. 12). «Его меткая наблюдательность, его интуитивная художественная способность привлекли внимание психологов и психотерапевтов к вопросам, требующим научного понимания и разработки. К ним относятся: требование за внешней картиной невроза или психогенной болезни находить скрытую движущую силу, учитывать роль бессознательного фактора, учитывать роль сексуальности, ассоциативных связей и символики в динамике и образовании симптомов, необходимость при изучении больного обращаться к далекому прошлому и к глубокому исследованию личности» (Там же. С. 15).

Вместе с тем В.Н. Мясищев указывает на принципиальные различия между психоанализом и патогенетической психотерапией. Основное условие положительного, эффекта психотерапии – необходимость осознания больным роли его сформировавшихся отношений в происхождении невроза – коренным образом отличается от фрейдовского требования извлечения из «бессознательного» вытесненных влечений.

«Это отличие не ограничивается только отрицанием значения сексуальных травм в детском возрасте. В противовес З. Фрейду, мы признаем, что движущей силой человеческого поведения являются не бессознательные влечения, а сознательные жизненные отношения. Это вовсе не противоречит тому, что процесс их формирования обычно не полностью отражается в сознании, что представляется особенно очевидным, когда дело касается образования элементарных условно-рефлекторных связей, но тем не менее справедливо для сложнейших форм психической деятельности. В то время как психоанализ фиксирует внимание больных на прирожденных влечениях, разработанная нами система психотерапии привлекает внимание больных к реальным условиям их жизни, позициям, сложившимся в результате приобретенного в течение индивидуального существования опыта» (Мясищев В.Н., 1959. С. 284).

Сегодня, в период превращения психотерапии из общемедицинской дисциплины в отдельную область науки, заслуживают внимания высказывания В.Н. Мясищева о специалисте в области психотерапии, ее организационных рамках в здравоохранении, обучении в этой новой области медицины на границах психиатрии, неврологии и других медицинских и немедицинских наук. Таково, например, его замечание о том, «что специалисты по пограничным формам, неправильно называемые психоневрологами или психотерапевтами, имеют недостатки в том смысле, что часто отрываются от общей клинической медицины и обнаруживают недостаточное знание «органической» невропатологии и «большой» психиатрии (Мясищев В.Н., 1948. С. 148).

В своих публикациях В.Н. Мясищев (1948) останавливается на вопросах организационно-методической работы в области психотерапии. Полагая, что часть больных должна лечиться амбулаторно в психотерапевтических кабинетах лечебно-профилактических учреждений, он считает, что существенную роль здесь должен играть и психоневрологический диспансер, отделения полустационарные – ночной санаторий и дневной стационар. Они представляются ценными и особенно показанными для сравнительно легких пограничных форм при неблагоприятных в различном отношении бытовых условиях. Он акцентирует внимание и на роли в системе оказания психотерапевтической помощи больным специальных отделений или учреждений стационарного профиля.

Не потеряли своего значения и следующие замечания В.Н. Мясищева. Надо стремиться к тому, чтобы эти отделения, находясь в тесной связи с другими нервными и психиатрическими отделениями стационара, являлись центром психотерапии и психогигиенической работы больницы.

Каждый элемент режима стационара является не только элементом быта и соматического лечения, но, прежде всего, элементом системы психотерапии. Психотерапевтическая работа врача с больными дополняется психотерапией в широком смысле слова, включающей правильную организацию режима лечебного учреждения, правильное обращение персонала с больными, нормализацию взаимоотношений в семье и на производстве.

В последние десятилетия идеи В.Н. Мясищева, его система патогенетической психотерапии получили дальнейшее развитие, а сам он стал признанным основателем крупнейшей в нашей стране Ленинградской – Санкт-Петербургской школы психотерапии. Его учениками и последователями написаны десятки научных монографий, энциклопедии, учебники по вопросам психотерапии, защищено более 200 докторских и кандидатских диссертаций. Получила развитие сама концепция патогенетической психотерапии, прежде всего в групповой ее форме, долговременный и краткосрочный варианты личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Карвасарский Б.Д., 2006; Мизинова Е.Б., 2004), потребность в которых возрастает в связи с социально-экономическими переменами в стране и реформированием здравоохранения, расширилась и усовершенствовалась подготовка врачей-психотерапевтов, создана инфраструктура психотерапевтической помощи населению, в которой представлены различные организационные формы ее оказания.

САНИТАРНОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ: ОБЩИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ

Л.Ф. Чупров

*«Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири»,
Черногорск, Россия*

Просвещение – система распространения систематизированных и несистематизированных знаний, осуществляемая воспитательно-образовательными и культурно-просветительными учреждениями, общественными организациями.

Наиболее разработанной системой специального просвещения является санитарное (санитарно-гигиеническое) просвещение. Санитарное просвещение – раздел профилактической деятельности органов и учреждений (здравоохранения), направленный на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья. Санитарное просвещение является разделом здравоохранения и медицинской науки, разрабатывающим во-

просы теории и практики повышения санитарной культуры населения. Под последним понимают совокупность знаний в области гигиены, профилактической медицины и выполнение соответствующих гигиенических или профилактических правил. Санитарное просвещение как научная и практическая отрасль опирается на опыт не только медицинских дисциплин, но и социологии, психологии, педагогики. В практике осуществления санитарного просвещения используются различные коммуникативные формы. Для этого используются разнообразные средства: устное слово, печать, радио, кино, телевидение. Традиционно используются организация народных университетов, «школ» здоровья и т.п. В последнее время специалисты широко используют и возможности Всемирной паутины.

Психологическое просвещение исторически начинало свое развитие параллельно с санитарным просвещением [1], но вследствие исторических и политических событий в стране оно в настоящее время является наименее разработанным из видов работы в практической деятельности психологов. Психологическое просвещение – вид работы специалиста-психолога по распространению специальных психологических знаний, особый вариант педагогической деятельности, осуществляемый специалистом-психологом самостоятельно или в сотрудничестве со специалистами другого профиля, помогающим более эффективно достичь целей распространения психологических знаний [5].

В более ранней работе, посвященной психологическому просвещению [4], были проанализированы различные подходы, в частности И.В. Дубровиной [2] и др. и было обосновано положение, что психологическое просвещение в практической психологии – это составная часть психопрофилактической работы психолога.

Общими моментами просветительной работы в медицине и образовании при осуществлении санитарного просвещения в первом случае и психологического просвещения – во втором являются не только

а) основные формы проведения и организации этой работы;

б) в целом профилактический характер этой деятельности, но и то, что при осуществлении просвещения, как санитарного, так и психологического, на первый план выступают именно общепедагогические и дидактические моменты [3; 6].

Существенным отличием этих двух видов просветительной работы является то, что в силу исторических корней медицинской профессии санитарное просвещение осуществляется любым врачом и средним медицинским работником независимо от внешнего руководства и контроля и мало зависит от степени владения специалистом современными информационными технологиями. Психологическое просвещение же нуждается в методическом руководстве этой работой, с одной стороны, а деятельность современного педагога-психолога образова-

ния осуществляется в условиях компьютеризированной среды образовательного учреждения – с другой. Оба этих аспекта психологического просвещения еще ожидают методической проработки в самое ближайшее время, поскольку на этом поле лидируют другие «игроки».

Литература

1. Бергер И.А. К методике психосанитарного просвещения // Психогигиенические и неврологические исследования. Т. II. Вып. I. Психогигиена / под ред. Л.М. Розенштейн. М.: Изд. ГНИНПП, 1930. С. 239-156.
2. Практическая психология образования / под ред. И.В. Дубровиной: учебник для студентов высших и средних специальных учебных заведений. М.: ТЦ «Сфера», 2000. С. 58.
3. Чупров Л.Ф. Санитарное просвещение во вспомогательных школах // Фельдшер и акушерка. 1981. № 2. С. 36-37.
4. Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение в системе психопрофилактической работы практического психолога. М.: ОИМ.RU, 2003. 3,53 авт. л.; табл., рис. / Л.Ф. Чупров // Образование: исследовано в мире [Электронный ресурс] / под патронажем Российской академии образования, ГНПБ им. К.Д. Ушинского. М.: ОИМ.RU, 2000-2003. Режим доступа: World Wide Web. URL: <http://www.oim.ru/reader.asp?nomer=379>. Дата обращения: 02.12.2003.
5. Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение в работе практического психолога // Современные проблемы науки и образования. Педагогические науки. Приложение – online.rae.ru [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://online.rae.ru/title/12.pdf>. Дата обращения: 14.07.2008.
6. Бухаркина О.Г., Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение: общие положения и опыт психологов города Черногорска // V Съезд Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество». Москва, 14–18 февраля 2012 года. Научные материалы. Т. II. Психологическая практика М., 2012. С. 189-190. Сайт РПО psyurus.ru [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://www.psyurus.ru/periodicals/pdf/v_tom_3.pdf. Дата обращения: 25.02.2012.

ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

С.В. Шмелева, Е.И. Дубровинская

*Российский государственный социальный университет,
Москва, Россия*

Борьба с табакокурением в России является общепризнанной и насущной общенациональной задачей. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (The Global Adult Tobacco Survey), проводимый в 2009 г. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации при поддержке Всемирной организа-

ции здравоохранения (ВОЗ), показал, что потребление табачных изделий составляет 39,1% взрослого населения России (43,9 млн человек). Курильщиками являются 60,2% российских мужчин и 21,7% российских женщин. Распространенность курения среди женщин в России на фоне Европы не кажется угрожающей (19-е место среди 34 стран), однако по распространенности курения среди девочек 13-15 лет Россия стоит уже на восьмом месте. Частота табакокурения среди девушек в возрасте 18-19 лет в центральной части Европейского региона РФ составляет 36%, и у $\frac{1}{3}$ из них выявлена высокая степень никотиновой зависимости, т.е. им сложно бросить курить, в том числе во время беременности.

С 2008 г. Российская Федерация присоединилась к инициативе ВОЗ в борьбе с табакокурением. В этот период было предпринято несколько шагов по профилактике табакокурения среди студенческой молодежи и активному вовлечению студентов к проведению антитабачных акций. Оценка результативности проводимых профилактических мероприятий зачастую достаточно трудна, так как количественные показатели, характеризующие ситуацию с табакокурением, не всегда позволяют сделать точный прогноз относительно ее дальнейшего развития. Существуют социально-психологические факторы, как провоцирующие, так и сдерживающие тягу к курению, но они не учитываются при планировании, проведении и оценке мероприятий, направленных на профилактику курения среди молодежи.

Выявление социально-психологических условий формирования мотивации первичного отказа от курения позволяет увеличить эффективность профилактики табакокурения за счет выявления позитивных рычагов влияния на студенческую молодежь.

Проблема распространенности табакокурения среди молодежи остается объектом исследования специалистов различных сфер, включая медицину, социологию и психологию.

В настоящее время убедительно доказано, что табак является одной из основных предотвратимых причин смерти в современном мире: он убивает до половины употребляющих его людей (ВОЗ, 2011). При табакокурении увеличивается риск развития сердечно-сосудистых, бронхолегочных, желудочно-кишечных заболеваний, внутриутробной смерти, болезней ротовой полости, других органов и систем.

С первой половины XX в. психологи разрабатывают теории возможных причин пристрастия, или мотивации, к табакокурению. Самой известной является психоаналитическая теория незавершенности оральной стадии развития (З.С. Фрейд).

Активно исследуется влияние социальных и психологических условий приобщения к табакокурению.

Вопросу формирования мотивации в рамках распространенности курения уделяется внимание в двух аспектах:

- изучение мотивации желающих бросить курить. Признается очевидность необходимости формирования личностной мотивации для эффективной борьбы с никотиновой и другими зависимостями;

- изучение мотивации к здоровому образу жизни. Формирование мотивации к здоровому образу жизни способствует, в том числе, и отказу от курения.

Активно разрабатываются способы профилактики курения и борьбы с никотиновой зависимостью. Однако к настоящему времени в большей степени программы в рамках информационного подхода делают акцент на описании вреда, оказываемого табаком на организм человека. Низкая эффективность данных программ связана с несколькими факторами:

- молодые люди излишне оптимистически относятся к своему здоровью и нередко воспринимают постоянные предупреждения со скептицизмом;

- информация о влиянии табака на организм может спровоцировать интерес к курению вследствие такой возрастной особенности, как стремление к риску.

Практически отсутствуют эффективные методы оценки воздействия профилактической работы на личностном уровне. Выявлены существующие противоречия:

- между декларируемыми призывами к отказу от курения в общественных местах и активной рекламой табачных изделий в социальной среде;

- курением взрослых в присутствии детей и требованиями к ним отказаться от табакокурения;

- возрастающей необходимостью в разработке модели, алгоритма и технологий эффективного формирования мотивации отказа от курения в рамках первичной профилактики табакокурения и недостаточной разработанностью этой проблемы.

Таким образом, необходимо продолжить изучение социально-психологических условий, способствующих снижению употребления табака среди молодых людей, а также разработку и внедрение комплексных эффективных профилактических программ, направленных на формирование устойчивой мотивации к первичному отказу от курения.

SPECIALIST'S PROFESSIONAL HEALTH DEVELOPMENT

G.G. Verbina, A.Sh. Kaplanova
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

The analysis of literary sources concerning the problems of professional health of a person allows distinguishing four lines of working: epidemiological – analysis of desadaptation syndromes' prevalence; factors' typologizing, contributing to adaptation-desadaptation (psychophysiological, career-guiding, organizational); psychohygiene of professional activity; psychoprophylactic and psychocorrection measures (I.M. Bazhina, L.V. Popadjina, T.A. Kornjushina, N.B. Suvorov).

The carried on analysis distinguishes optimal psychologo-acmeological compositions of subjective properties of a person according to three criteria:

- activity efficiency (course of life), effecting positively on specialist's professional health development;

- maximum self-realization of a person (his professional and existential satisfaction), affecting beneficially on specialist's professional health development;

- personal achievement the highest level of development (abilities' realization), achievement of Acme.

In this connection the psychologo-acmeological integral of work with a person arises:

- present condition of professional health development (diagnostics' results);

- optimal («apical») quality – the way to «acme» (the product of projecting, modeling of effective professional health development);

- formation (the way of «apical» quality achievement – perfect professional health – «way», «algorithm», «technology»).

On the basis of the given integral the strategy of necessary psychologo-acmeological work (psychologo-acmeological supporting and psychologo-acmeological following of professional health development) of a person (a subject) on operationally outer and reflexively inner levels is determined. The main thing in this process – the own activity of a person.

The own activity of a person is accentuated by many researchers: a person in acmeology (K.A. Abulchanova-Slavskaya, A.A. Derkach et al.) – correlation model of real peculiarities, abilities, ways of self-realization and level of development with possible, perfect, ideal level, which is achieved by a person as a subject by means of using his psychic, personal, professional and life resources for solving different tasks (social and others) or through rendering him psychologo-acmeological supporting and psychologo-acmeological following.

The psychologo-acmeological task is not only achieving acme, but also forming possibilities to keep own potential in functional condition of effective activity for further development in professional and vital activities with the same possibilities of self-regulation and self-perfection.

Accepted by Board of Ministry of Health «The Concept of Health Preserving and Strengthening of Population of the Russian Federation by Methods and Means of Hygienic Training and Education» includes the following indices of health:

- level of physical and harmonious development;
- functional condition of an organism and reserve possibilities of its basic physiological systems;
- resistance to various adverse factors;
- presence of diseases and disturbances of physical and mental development.

The given indices are provided with various lines of activity one of which is directly connected with development of health preserving competence: «development and perfection of individual abilities, skills of healthy way of life, prophylaxis of diseases» (V.A. Ponomarenko, 2001).

Many researchers develop and apply methods and means of psychohygienic and psychopreventive training, for example, autopsychological technologies are applied in working out of a problem of state employees' health (O.I. Zhdanov, V.G. Aseev, G.I. Murzabekov, S.A. Romanov).

It is interesting to note that investigating «force of health» (A.A. Derkach, A.S. Guseva) through degrees' indices of vital forces' exhaustion and predisposition to myocardial infarction, degrees of personal and reactive anxiety, degrees of actual mental and psychoemotional condition have shown that only 10% of state employees are quite healthy, 55% – have average level of health, 35% – are at critical level. It is shown that character of personal relation to health depends, in particular, on structural components of self-relation: from autosympathy and self-guidance. Dependence between autosympathy and a self-guidance is determined:

- high indices of autosympathy, as a rule, are combined with careful relation to own health;
- positive indices on self-guidance scale are combined with high level of subjective control (LSC) in relation to actions on health strengthening and preserving.

Psychologo-acmeological correction of inadequate relation to health is carried on through correction of self-relation, its various components taking into account the essence and structure of personal relation to health, reasons and mechanisms blocking realization of adequate relation. In particular, two basic strategies of behavior in relation to health, composing different typologies

logical styles of behavior in different quantitative correlation (G.I. Murzabekov, 1998) are revealed:

- strategy of active opposition in relation to one negative conditions;
- passive strategy of «accustoming» to other negative conditions.

As a result it is possible to say that psychologo-acmeological conceptualization of personal self-perfection is relied on the following methodological principles: principle of complex studying of personal development; principle of integrativity; principle of system; principle of subjectivity.

The complex studying principle of personal development is based on dependence between individual, personal and subjective characteristics of a person and features of his formation and development at the stages previous to his personal-professional maturity, and also the own vital activity influences on them (B.G. Ananjev). Specificity of the complex approach in acmeology consists of its giving orientation to the unity of studying and real practical perfection of a person. The complex studying principle connects considerations about a person in all spheres of his vital activity, including professional activity. The principle of integrativity reveals micro- and macrooptimum (micro- and macroacme), achieved by people in their individual, personal and subjective development, determines multidimensionality of their general features and individual characteristics. The principle of integrativity in acmeology is based on the interdisciplinary approach; it is aimed at the unity of scientific knowledge of a person (gnoseological aspect) and revealing the unity and ways of connection of his various qualities, properties, conditions, modalities of human life (ontologic aspect). The principle of system is expressed in searching acmeological laws, connections, structures, mechanisms and ways of transition from spontaneously developed condition and quality of system to optimum, from real to ideal by means of modeling of essence of the last and its practical achievement. In acmeology the achievement of more optimum way of organization which is provided with transformations' constructability, presence of corresponding algorithms, technologies and means, is supposed. The principle of subjectivity is paradigmatic for acmeology. In psychology the system forming factor is a subject, i.e. a person representing himself as a subject (V.F. Lomov). S.L. Rubinshtejn considered subjects as the center of life organization; the central position of a person in the world is determined by ability of a subject to self-development, self-determination, self-consciousness, self-perfection (A.V. Brushlinsky).

The theoretical analysis has shown that there is age-related dynamics of professional health development. Each age can be characterized as specific from the point of view of intraindividual activity processes system (self-knowledge, self-understanding, a self-appraisal, self-development, self-control). For example, E. Ericson considers psychological stages of «I» development, in the course of which an individual establishes the basic orienta-

tions in relation to himself and his social environment (1996). It is interesting to note that E. Ericson considers human «I», which is responsible for mental health of an individual, to take the main role in personal development. He considers the development of a person from the point of view of «I» strengthening and advancing to identity. On a way of «I» integration a person passes, according to his opinion, eight stages of development, covering personal course of life from birth to death. Each of them is presented as crisis putting a person before a conditional choice towards «I» strengthening or its weakening. Stages, according to E. Ericson, are set genetically, but positive or negative solution of crisis is determined by personal features of interaction with society.

K. Cook-Grejer gives the description of three higher stages of personal development in adults, the way of self-understanding characteristic for each stage being determinative (I.A. Romanov, 2001).

The independent stage – a person aspires to achieve possibilities' level and focuses attention to self-realization, self-actualizations, creation of complex, non-contradictory and objective consideration about himself; to be himself in the maximum degree. «The control points» forming the structure of self-understanding at this stage: independence degree, the considerable number of social roles, deep «I» feeling, comprehension of the considerable number of personal protection, comprehension of internal conflict.

At this stage self-understanding technologies – reflection, careful rational analysis, intuition, emotions, a person investigates, estimates, judges, compares, measures, studies his experience and integrates into a single whole.

The self-consciousness stage – a person investigates his cogitative principles and aims, introduces sense in his own experience by means of creation of more and more difficult theories. The self-understanding structure includes a difficult matrix of self-identifications, and at the same time knowledge of how it is arranged, what stages consists of. At the given stage all traditional classifications and labels applied to a person are subjected to criticism. Attention is paid to «I» as the process and the sense bearing center. A person rationally realizes the limits of logic thinking, its inevitable contradictions.

The universal stage. The purpose – life is simple. The basic method of self-understanding – meditation, observation of changes' continuous stream, subjective experience of direct knowledge of symbols' deep reality.

So self-understanding contents at each age stage are different and caused by solution of those or other age-related problems that is particularly reflected in professional health development.

Thus, in ontogenesis professional health is actualized in the course of socialization under the solution of actual problems of age, therefore at each age stage there is a specificity of health preserving competence. Beginning with teenage age, the realized stage in professional health development, expressed in active processes of self-knowledge and self-presentation (ac-

tive physical self-perfection, mastering some methods of self-control, formed professional orientation) takes effect. Further the perfection process of professional health occurs in the context of development of a subject and a person, providing with adequate self-appraisal and optimum professional adaptation, solution of vital problems, mastering controlling strategy and health preserving technologies etc.

So the system approach, according to V.F. Lomov, assumes consideration about an individual possessing personal qualities as an element of some system. Such system, in his opinion, is the society: «Only the analysis of relations “an individual-society” allows opening the bases of properties of a person as an individual». Investigating integrated properties of a person can be presented as investigating motivational field of activity, revealing its functions, and in the context of psychologo-acmeological investigation – as importance revealing of motivation- necessities’ spheres of a person for realization of professional activity and realization of the role of this sphere in the course of a professional choice, professional training, perfection of professional skill, its importance for preservation and strengthening of professional health.

Aimed at revealing personal integrated factors’ influences on professional skill level increasing, taking into account preservation of professional health, psychologo-acmeological investigations have received the name of personal-motivational approach to professional activity analysis.

Representatives of such approach in domestic acmeology give particular attention to a motivational aspect of activity, qualities of a person, style of thinking and behavior, resistance to stress, they consider positive relation to profession, emotional involvement into it, acceptance of responsibility for professional health as especially important indices of professional skill. Thus in a number of works it is marked that there is a connection between processual (technological) and motivation-necessities’ components of professional activity. In particular E.M. Borisov shows that in the process of skill mastering and achievement of high activity indices there is development, strengthening and stabilization of professional motivation, necessary professional qualities of a person are improved, self-appraisal and level of professional pretences (self-appraisal becomes more and more adequate, and level of professional pretences raises) are changed and the most important thing, in our opinion, that professional health is strengthened.

Thus, establishment of such correlation between motivation- necessities’ spheres of a person and processual part of professional activity, comprising the idea of this relation consideration in development, is coming close with the concept of professional formation of a person distinguishing various stages of professionalism development, characterized at the same time by the definite level of professional formation of personal qualities, the definite level of professional health development.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ВЛИЯНИЕ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В ДЕРМЕ НА ПРОЦЕСС СТАРЕНИЯ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА*

В.В. Петров, О.В. Васильева, А.Г. Гунин

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Введение. Старение кожи является одной из наиболее актуальных проблем, как в медицине, так и в социальной сфере. В настоящее время известно множество теорий старения кожи, но не существует одной универсальной, которая смогла бы объяснить тонкие механизмы старения.

В процессе старения кожа приобретает необратимые признаки старения, т.е. становится дряблой, содержит меньше воды. Для преодоления этой проблемы необходимо знать закономерности, лежащие в основе этого процесса. Однако окружающая нас ситуация свидетельствует, что человек в настоящее время не может полноценно предотвратить или замедлить появление признаков старения кожи.

Среди клеток дермы, участвующих в процессе старения, наиболее изученными являются фибробласты, но, помимо них, в коже присутствуют тучные клетки, роль которых в процессе старения еще не изучена.

Тучные клетки – постоянный клеточный компонент рыхлой волокнистой соединительной ткани, осуществляющий важные функции, среди которых гомеостатическая, защитная и регуляторная, участие в развитии аллергических реакций. Цитоплазма тучных клеток содержит умеренно развитые органеллы, элементы цитоскелета, липидные капли и гранулы, в которых находятся гепарин, гистамин, дофамин, хемотоксические факторы эозинофилов и нейтрофилов, гликозаминогликаны, гликопротеины и фосфолипиды и специфические ферменты, характерные только для тучных клеток: триптаза, химаза. Триптаза тучных клеток является желатиназой и способна разрушать коллаген

* Исследование поддержано РФФИ (12-04-00005, 12-04-31605), Минобрнауки России (4.1166.2011), ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» (2012-1.3.2-12-000-1002-023).

типов 1 (находящегося в дерме) и 4 (в базальной мембране), а также активировать металлопротеиназу 9, которая в свою очередь тоже разрушает коллаген, т.е. триптаза участвует в деградации внеклеточного матрикса.

Целью настоящей работы является изучение морфо-функциональных особенностей тучных клеток кожи и их взаимодействие с фибробластами при старении.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть особенности структурно-функциональной организации тучных клеток кожи у людей различного возраста.
2. Изучить абсолютное количество фибробластоподобных клеток в дерме кожи человека в различные возрастные периоды.
3. Описать количественные изменения тучных клеток кожи и их взаимодействие с фибробластами.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили кусочки кожи с передней поверхности шеи у людей, умерших от различных причин. Материал фиксировался в 4%-м формалине, заливался в парафин, далее изготавливались поперечные срезы толщиной 5-7 мкм.

Тучные клетки в дерме определялись путем иммуногистохимического выявления триптазы. Триптаза – это постоянный компонент гранул тучных клеток. Присутствует во всех типах тучных клеток, независимо от локализации и степени их зрелости.

Триптаза выявлялась непрямой иммуногистохимическим методом. В качестве первых антител использовались кроличьи моноклональные антитела к триптазе (ДАКО), а в качестве вторых – антикроличьи антитела, меченные пероксидазой (ДАКО). Пероксидаза выявлялась стандартной реакцией с диаминобензидином. Продукт реакции окрашивался в коричневый цвет. В дальнейшем препараты докрашивались гематоксилином для выявления клеточных ядер.

В качестве контроля использовался тот же протокол, где вместо первых антител применялась нормальная кроличья сыворотка. В контроле ни разу не было получено положительного окрашивания.

Численность клеток в дерме и тучных клеток определялась с помощью микроскопа Olympus CX-21, цифровой камеры Olympus Camedia 4040z и программы Sigma Scan Pro 5.0. Для этого находились участки дермы без волосных фолликулов и кровеносных сосудов, которые фотографировались при увеличении объектива 40x. Затем вычислялась площадь сфотографированных участков и подсчитывалось количество фибробластоподобных клеток и тучных клеток в них. Статистический анализ был проведен с помощью программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. Дерма плодов человека содержит многочисленные фибробласты и небольшое количество межклеточного вещества. Численность фибробластов в дерме постепенно и неуклонно снижается с увеличением возраста. В дерме пожилых людей преобладает межклеточное вещество, в котором разреженно располагаются малочисленные фибробласты. Оказалось, что количество фибробластов с возрастом уменьшается. Так в возрасте 1,4 года их количество равно 8112,123255 на 1 мм², в 27 лет – 3047,434976, а в возрасте 65 лет – 1849,203376. Корреляционный анализ между изменениями возраста и численностью фибробластов в дерме показал наличие достоверной высокой отрицательной взаимосвязи ($r = -0,58$; $p < 0,05$). Однофакторный дисперсионный анализ выявил наличие достоверного влияния ($p < 0,001$) возраста на численность фибробластов в дерме.

Количество тучных клеток увеличивается незначительно, в возрасте 1,4 года их количество равно 165,3298 на 1 мм², в 27 лет – 173,2249, а в возрасте 65 лет – 194,0364.

Корреляционный анализ показал, что между возрастом и количеством тучных клеток имеется средняя положительная взаимосвязь, коэффициент корреляции равен 0,36, и он достоверен ($p < 0,05$).

Зависимость количества тучных клеток от количества фибробластов выглядит следующим образом: в возрасте 1,4 года их количество равно 1,760563 на 1 мм², в 27 лет – 12,70983, а в возрасте 65 лет – 12,62799. Зависимость между данными показателями имеет сильную отрицательную взаимосвязь, коэффициент корреляции равен минус 0,60, и он также достоверен ($p < 0,05$).

Морфологически размеры тучных клеток существенно увеличиваются с возрастом. На аутопсиях кожи плода хорошо видно, что цитоплазма тучных клеток маленькая по объему и содержит небольшое количество триптазы. А в возрасте 65 лет отчетливо заметно, что объем цитоплазмы становится существенно больше, и количество выявляемой триптазы также возрастает. Также обращает на себя внимание, что тучные клетки значительно увеличены в размере, имеют неровные контуры, создается впечатление, что триптаза выходит за пределы клетки.

Обсуждение. Результаты показали, что в дерме кожи человека численность фибробластоподобных клеток существенно снижается с возрастом. Возможно, именно снижение численности фибробластов, которые обеспечивают обновление межклеточного вещества дермы, лежит в основе клинического старения кожи. Механизмы этого снижения, вероятно, обусловлены активацией процесса апоптоза, уменьшением образования новых клеток. Нами было отмечено, что количество тучных клеток с возрастом значительно не меняется, однако увеличи-

вается процентное соотношение количества тучных клеток по отношению к фибробластоподобным. Данная закономерность свойственна всем исследуемым материалам. Это возможно лежит в основе процесса старения и требует дальнейшего изучения этой проблемы.

Выводы. Таким образом, нами было выявлено, что на процесс старения существенно влияет количество фибробластов и их соотношение с тучными клетками.

AGE-RELATED CHANGES IN NUMBERS OF MAST CELLS IN HUMAN DERMIS*

V.V. Petrov, O.V. Vasilieva, A.G. Gunin
Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Introduction. Skin aging is an extremely important medical and social problem in modern world. Currently, there are plenty of theories of aging, but there is one universal, which could explain the subtle mechanisms of aging.

Among the cells of the dermis involved in the aging process, the most studied are the fibroblasts, however, apart from these, there are skin mast cells, whose role in the aging process has not been studied.

Mast cells – a permanent cellular component loose fibrous connective tissue, performing important functions, including homeostasis, safety and regulatory, participation in the development of allergic reactions. The cytoplasm of mast cells contain moderately developed organelles, cytoskeleton elements, lipid droplets and granules, which contain heparin, histamine, dopamine, chemotactic factors eosinophils and neutrophils, glycosaminoglycans, glycoproteins, and phospholipids and specific enzymes that are unique to mast cells: tryptase, chymase. Mast cell tryptase is a gelatinase and can destroy collagen type 1 (located in the dermis) and 4 (in the basement membrane), and activate metalloproteinase 9, which in turn also destroys collagen. That is tryptase involved in the degradation of extracellular matrix.

The **purpose** of this work is to study the morpho-functional features of skin mast cells and their interaction with fibroblasts in aging.

Research objectives:

1. To study the structure-functional organization of the mast cells of the skin in people of all ages.

* The study was supported by grants Russian Foundation for Basic Research (12-04-00005, 12-04-31605), The Ministry of Education and Science of Russia (4.1166.2011), The federal target program «Research and scientific-pedagogical Cadres of Innovative Russia» (2012-1.3.2-12-000-1002-023).

2. Examine the absolute number of fibroblast-like cells in the dermis of human skin in different age periods.

3. Describe the quantitative changes of the skin mast cells and their interaction with fibroblasts.

Material and methods. The material for the study were the pieces of skin from the front of the neck of the people who died from various causes. The material was fixed in 4% formalin, embedded in paraffin, transverse sections were made on 5-7 microns thick.

Mast cells in the dermis were determined by immunohistochemical detection of tryptase. Tryptase – is a permanent component of the granules of mast cells. Is present in all types of mast cells, regardless of the location and degree of maturity.

Tryptase was detected by indirect immunohistochemistry. As the first antibody used rabbit monoclonal antibodies to tryptase (DAKO), and as the second – anti-rabbit antibodies labeled with peroxidase (DAKO). Peroxidase was detected by reaction with a standard diaminobenzidine. The reaction product was stained brown. In the future, drugs dokrashivalis hematoxylin to identify cell nuclei.

As a control, we used the same protocol, where instead of the first antibody used normal rabbit serum. In the control group never received a positive staining.

The number of cells in the dermis and fat cells was determined using a microscope Olympus CX-21 Digital Camera Olympus Camedia 4040z and program Sigma Scan Pro 5.0. For this there were areas of the dermis without the hair follicles and blood vessels, which are photographed at a 40x zoom lens. Then calculate the area photographed sites and counts fibroblast cells and mast cells in them. Statistical analysis was performed using STATISTICA 6.0

Results. The dermis contains numerous human fetal fibroblasts, and a small amount of intercellular substance. The number of fibroblasts in the dermis gradually and steadily decreases with increasing age. The dermis seniors dominated the intercellular substance, which are numerically small sparsely fibroblasts. It turned out that the number of fibroblasts decreases with age. So at the age of 1,4 years their number is equal to 1 mm² 8112,123255, 3047,434976 in 27 years, and at the age of 65 years – 1849,203376. Correlation analysis between the changes in the age and the number of fibroblasts in the dermis showed the presence of reliable high negative relationship ($r = -0,58$; $p < 0,05$). Univariate analysis of variance revealed a significant effect ($p < 0,001$) in the number of aged fibroblasts in the dermis.

The number of mast cells is increased slightly, at the age of 1,4 year, their number is equal to 165,3298 per 1 mm², in 27 years – 173,2249, and those aged 65 – 194,0364.

Correlation analysis showed that between age and the number of mast cells, there is an average positive correlation, the correlation coefficient is 0.36 and he is reliable ($p < 0,05$).

The dependence of the number of mast cells on the number of fibroblasts is as follows, at the age of 1,4 years their number is 1,760563 per 1 mm², at 2712,70983, and at age 65 – 12,62799. Dependence between these indicators have a strong negative correlation, the correlation coefficient is minus 0.60 and he also is reliable ($p < 0,05$).

Morphologically, the size of mast cells significantly increased with age. At autopsy the skin of the fruit can be clearly seen that the cytoplasm of mast cells small in size and contains a small amount of tryptase. And at the age of 65 years is clearly evident that the volume of the cytoplasm becomes much larger, and the number of detectable tryptase also increase. Also noteworthy that mast cells significantly increased in size, have irregular contours, it appears that tryptase is outside the cell.

Discussion. The results showed that in the dermis of human skin fibroblast cell number is significantly reduced with age. Maybe that decline fibroblasts, which provide updates of the intercellular substance of the dermis, is the basis of the clinical skin aging. The mechanisms of this decline may be due to the activation of the apoptotic process, reducing the formation of new cells. We have observed that the number of mast cells with age was not significantly changed, but increases the percentage of the number of mast cells to the fibroblast. This pattern is typical of all the materials studied. Possible is at the heart of the aging process and requires further study of the problem.

Findings. Thus, we have shown that the aging process significantly affects the number of fibroblasts and their relation with mast cells.

СОДЕРЖАНИЕ

АДАПТАЦИЯ, ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ

<i>Евстигнеев А. И.</i> Духовно-нравственный подход к здоровью и болезни человека.....	6
<i>Захарова А.Н.</i> Психологическое благополучие личности в трансформирующемся обществе: теоретико-методологические основы изучения	8
<i>Захарова А.Н., Тонких М.В.</i> Социальные представления об образе благополучного человека: региональный аспект	11
<i>Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И.</i> Субъективное благополучие личности и качество жизни в лечебном процессе	15
<i>Лазарева Е.Ю., Гартфельдер Д.В.</i> Адаптивность как многоплановое свойство личности в норме и патологии	17
<i>Лэфтеров В.А.</i> Развитие психологической практики как необходимое условие модернизации общества	19
<i>Петунова С.А., Григорьева Н.В., Смирнова В.П.</i> Особенности мотивации безработных в процессе их вторичной профессионализации.....	22
<i>Погодин И.А.</i> Отчаяние и психическая боль, их место в переживании и психологическом здоровье человека	23
<i>Порядина В.А.</i> Использование теста социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена для подбора персонала	27
<i>Русина Н.А.</i> Психологические аспекты здоровья и благополучия.....	31
<i>Стрельник С.Н.</i> Инфраниантные ритмы эмоционального состояния в норме и патологии.....	34
<i>Ermakova I.V., Nikolaeva N.V.</i> Economic and psychological adaptation of adolescents in crisis conditions.....	36
<i>Fantalova E.B.</i> Meaning of value-oriented constructs in context of individual and personal space and socialization	38
<i>Tomashoff H.-O.</i> Personality and art.....	41

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

<i>Бойко О.М., Казьмина О.Ю., Щелокова О.А.</i> Социальная адаптация юношей, страдающих эндогенными психическими заболеваниями: пилотажное исследование поддерживающего потенциала разных видов интернет-активности.....	42
<i>Голенков А.В.</i> Агрессивность подростков из неполных семей и их взаимоотношения с одноклассниками.....	45
<i>Горохова Л.Г., Сибгатуллина И.Ф.</i> Перспективы развития психологической службы в детской клинической больнице.....	49
<i>Дулина Г.С., Аллабергена Л.И.</i> Социально-психологическая среда школы как институт становления нравственного здоровья подрастающей личности.....	52
<i>Емельянова О.Н.</i> Гендерные особенности формирования репродуктивного поведения у молодежи.....	56
<i>Куликов А.В.</i> Феноменологические особенности суицидального поведения у детей и подростков с эндогенными заболеваниями.....	58
<i>Польская Н.А., Маслова А.А., Косороткина М.С.</i> Взаимосвязь показателей самооценки и перфекционизма у подростков с аутоагрессивным поведением.....	61
<i>Свешникова Н.А.</i> Особенности психомоторного развития недоношенных детей младенческого возраста с очень низкой массой тела при рождении.....	63

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

<i>Абитов И.Р.</i> Особенности базисных убеждений студентов медицинского вуза.....	66
<i>Алексеева О.В.</i> Использование информационных технологий в современном дошкольном образовании.....	67
<i>Беляева Л.Е., Деревяго А.В.</i> Преподавание элективного курса на кафедре патологической физиологии как форма совершенствования профессиональных компетенций студентов.....	70
<i>Вербина Г.Г.</i> Руководитель образовательного учреждения и контактная группа.....	72
<i>Григорьева Н.В., Петунова С.А.</i> Интегрированное обучение как инновационная модель реализации в практику работы образовательно-развивающего учреждения.....	73

<i>Дервяго А.В., Беляева Л.Е.</i> Оценка глазами студентов организации и проведения лекционных занятий на кафедре патологической физиологии	79
<i>Иванова М.В., Григорьева Н.В.</i> Тревожность как компонент информационного стресса в учебной деятельности студентов.....	82
<i>Капланова А.Ш.</i> Актуализация внутреннего мотива изучения иностранного языка студентами медицинского факультета.....	84
<i>Макарова О.Ю.</i> Системный подход как метод выявления закономерностей воспитательной системы вуза	85
<i>Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.</i> Место психического здоровья в современном образовании	88
<i>Петрова Л.А.</i> Этнопсихологические аспекты отношения к труду	91
<i>Полянская С.А.</i> Коммуникативное воздействие в педагогическом процессе как фактор формирования компетенций и компетентности.....	94
<i>Самсонова А.Н.</i> О некоторых психологических механизмах понимания текста	97

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

<i>Альшина Е.Н., Шадрин И.В.</i> Органические психические расстройства в периоде отдаленных последствий ожоговой болезни ..	101
<i>Бойко О.М., Казьмина О.Ю., Омельченко М.А., Щелокова О.А.</i> Психопатологические и психологические корреляты стигматизации у родственников больных эндогенными психическими заболеваниями: результаты пилотажного исследования.....	104
<i>Борболдоев Б.А., Кадырова Т.М., Мамбетова А.С.</i> Актуальные вопросы судебной психологии и психиатрии в Кыргызской Республике	107
<i>Голубчикова О.В., Шадрин И.В., Мамин Г.В.</i> Анализ социально-демографических и этиопатогенетических факторов в диагностике экзогенно-органических и эндогенных депрессий	110
<i>Кучаева А.В., Семенихин Д.Г., Карпов А.М., Михайлова Е.Б.</i> Отношение больных с депрессивными состояниями разной этиологии к психотропной терапии.....	113
<i>Носачев Г.Н., Носачев И.Г.</i> Компетентность в клинической психодиагностике деменций	114

<i>Резвый Г., Сёрли Т.</i> О выявлении психических расстройств врачами общей практики	117
<i>Семенухин Д.Г., Кучаева А.В., Карпов А.М., Башмакова О.В., Бурашников И.С.</i> Особенности проявлений неврологических побочных эффектов нейролептической терапии при первой и последующих госпитализациях больных параноидной шизофренией	119
<i>Ситчихин П.В.</i> Нозологическая структура опекаемых психиатрической больницей недееспособных лиц г. Краснодара в 2010 г.	121
<i>Ситчихин П.В., Пашко Е.В.</i> Первичные общественно опасные действия недееспособных лиц г. Краснодара	123
<i>Шапошников Н.Н., Соломахин Б.Д., Ситчихин П.В., Пашко Е.В.</i> Тенденции активного диспансерного наблюдения лиц с психическими расстройствами в Краснодаре с 2000 по 2010 г.	126

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ЗАВИСИМОСТИ

<i>Исаченкова О.А.</i> Развитие психосоматической медицины в России: проблемы и достижения	128
<i>Колесниченко Т.Н.</i> Аффективные расстройства в структуре нервной анорексии	130
<i>Ксюпов Т.Б., Дубинина Е.Е., Бабурин И.Н.</i> Особенности минерального состава крови при невротических расстройствах	132
<i>Михайлов И.В.</i> Связь сна с личностным профилем у больных алкогольной зависимостью	134
<i>Рагозинская В.Г.</i> Особенности эмоциональных состояний при гипертонической болезни и при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	137
<i>Романов С.Н., Николаев Е.Л.</i> О воспитательных стилях у больных с алкогольной зависимостью	140
<i>Русина Н.А.</i> Психосоциальные технологии в работе с психосоматическим больным	141
<i>Слоева Е.А., Смирнова Д.А.</i> Некоторые особенности речи пациентов с невротическими депрессиями	144
<i>Смирнова Д.А., Пудиков И.В.</i> Нарушение сна у ветеранов боевых действий: клинические и нейродинамические аспекты	147
<i>Чупрова О.В.</i> Особенности личности у больных алкогольной зависимостью	149

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

<i>Баранов В.С., Романов Д.В., Романов А.Д.</i> Опыт организации работы психотерапевтической группы для пациентов, страдающих психотическими расстройствами	152
<i>Вайберт М.И.</i> Психологические особенности студентов, обучающихся на контрактной основе.....	154
<i>Вербина О.Ю.</i> Здоровьесбережение участников образовательного процесса	157
<i>Городецкая И.В.</i> Акцент на приоритет здорового образа жизни у студентов медицинских вузов в процессе преподавания дисциплин биологического профиля.....	158
<i>Емешева Л.Ю.</i> Клинико-психологическое исследование родового опыта в субэтнических группах чувашей	161
<i>Куприна К.В.</i> Астенический синдром в работе предпринимателя	164
<i>Максимова Н.В.</i> Опыт работы «Школы преодоления табачной зависимости» в городской больнице	167
<i>Максимова Н.В., Немцева Л.А.</i> Организация профилактической работы в лечебном учреждении с участием медицинского психолога в школах здоровья.....	170
<i>Миназов Р.Д., Тумакова Ю.О.</i> Негативный перенос в психологическом консультировании детей пациентов с нарциссическим личностным расстройством	173
<i>Мостовая Л.И., Кувшинова Н.Ю., Гузова М.В.</i> Некоторые аспекты психологической работы с больными вирусным гепатитом	177
<i>Николаев Е.Л., Куликова Т.А.</i> Риски психическому здоровью у представителей неформальных объединений молодежи	179
<i>Николаев Е.Л., Орлов Ф.В.</i> Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии: культуральные аспекты применения.....	180
<i>Погодин И.А.</i> Творческий и токсический стыд как регуляторы психологического здоровья	183
<i>Русина Н.А.</i> Психолого-педагогические основы «Школы больного»	187
<i>Чернявский В.А.</i> В.Н. Мясичев о психотерапии при невротических расстройствах (к истории становления «патогенетической психотерапии»)	190

<i>Чупров Л.Ф.</i> Санитарное и психологическое просвещение: общие дидактические аспекты и проблемы	195
<i>Шмелева С.В., Дубровинская Е.И.</i> Профилактика табакокурения среди молодежи	197
<i>Verbina G.G., Kaplanova A.Sh.</i> Specialist's professional health development	200

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

<i>Петров В.В., Васильева О.В., Гунин А.Г.</i> Влияние тучных клеток в дерме на процесс старения кожи человека	205
<i>Petrov V.V., Vasilieva O.V., Gunin A.G.</i> Age-related changes in numbers of must cells in human dermis	206

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Материалы международной научной конференции
Россия, Чебоксары, 15-16 ноября 2012 г.

Редактор *В.Н. Антонова*
Корректор *А.Г. Сурикова*
Компьютерная верстка и правка *О.Н. Павловой, Т.В. Калишовой*

Согласно Закону № 436-ФЗ от 29 декабря 2010 года
данная продукция не подлежит маркировке

Подписано в печать 20.11.2012. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 12,55. Уч.-изд. л. 12,42. Тираж 300 экз. Заказ № 791.

Издательство Чувашского университета
Типография университета
429015 Чебоксары, Московский просп., 15