

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБОУ ВПО КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ
ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ
И КОРРЕКЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ
И БОЛЕЗНИ:

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

24-25 НОЯБРЯ 2011 Г.

КУРСК

УДК 613.86:616(06)
ББК 88.4:5
П22

**Печатается по решению
редакционно-издательского
совета ГБОУ ВПО КГМУ
Минздравсоцразвития Рос-
сии**

Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курск: КГМУ, 2011.

Редакционная коллегия

Ответственный редактор – Никишина Вера Борисовна – член-корреспондент Международной академии психологических наук, д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

Члены редакционного совета:

1. Лазаренко Виктор Анатольевич – академик РАЕН, д.м.н., профессор, ректор Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПО Курского государственного медицинского университета.
2. Калуцкий Павел Вячеславович – д.м.н., профессор, проректор по научной работе и инновациям, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии Курского государственного медицинского университета.
3. Конопля Александр Иванович – д.м.н., профессор, проректор по учебной работе Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой биологической химии Курского государственного медицинского университета.
4. Охотников Олег Иванович – д.м.н., профессор, проректор по непрерывному образованию и лечебной работе Курского государственного медицинского университета.
5. Запесоцкая Ирина Владимировна – к.пс.н., доцент кафедры специальной психологии Курского государственного медицинского университета.
6. Недуруева Татьяна Валерьевна - к.пс.н., старший преподаватель кафедры специальной психологии Курского государственного медицинского университета.
7. Каськова Диана Сергеевна – ассистент кафедры специальной психологии Курского государственного медицинского университета.

ISBN 978-5-7487-1529-4

ББК 88.4:5

© Коллектив авторов, КГМУ, 2011

© ГБОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

*Ректор Курского государственного медицинского университета,
д.м.н., профессор Лазаренко В.А.
г. Курск, Россия*

Подчеркивая и поддерживая общечеловеческий, гуманистический смысл ценности здоровья, нельзя, на современном этапе интенсивных социально–экономических изменений, происходящих в нашей стране исключать и прагматический смысл данной ценности.

Современный рынок труда требует повышения профессиональной мобильности и конкурентоспособности личности специалиста, которые можно обеспечить только принципиально новыми стратегиями сохранения и поддержания здоровья человека.

Нынешнему этапу развития высшей школы присущ ряд отличительных особенностей. Широкое внедрение технических средств и компьютерных технологий в учебный процесс обусловило возросшую интенсивность информационного потока. С другой стороны, ограниченное время на переработку и усвоение информации, необходимость заучивания больших объемов материала, перегруженность учебных программ в сочетании с несовершенным режимом питания и иррациональной организацией досуга заставляют студентов заниматься до 10-12 часов, а в период сессии - до 14-16 часов в сутки. Объем и интенсивность нагрузок, испытываемых сегодня студентами, приближается к тому уровню, который некоторые авторы называют "пределом физиологических возможностей организма".

Ряд исследований последних десяти лет подтверждает положительную динамику ежегодного ухудшения здоровья студентов.

Болезнь и профессиональная эффективность - явления несовместимые. Современные представления о здоровье формулируются не через негативный концепт: «здоровье – это отсутствие болезни», а через позитивный: «здоровье – это специфическая психофизиологическая сущность, обеспечивающая наилучшую адаптацию человека в меняющихся психосоциальных условиях существования, как состояние полного физического, психического и социального благополучия». (ВОЗ)

Хотелось бы подчеркнуть еще один стратегический тезис в отношении изменений представлений о соотношении здоровья и болезни. Еще совсем недавно болезнь рассматривалась как результат исключительно биологических причинно-следственных отношений: «любая болезнь имеет однозначно установленные естественные причины». И в рамках этого подхода формировалась субъективная позиция человека, как позиция отсутствия ответственности ни за происхождение болезни, ни за ее лечение. За исход болезни должны отвечать исключительно специалисты. Но специалисты, отвечающие за болезнь (врачи) тоже болеют, и тогда возникает ряд противоречий: во-первых, в нашей субкультуре сложился устойчивый стереотип, что больной врач - это неприлично, непрофессионально, и вслед-

ствие чего, врачи, избегая, замалчивая, отрицая собственные состояния, оказываются бессильными перед болезнью; во-вторых, представления врачей о болезни исключительно с биологических позиций не позволяют им быть достаточно эффективными в сохранении собственного здоровья и здоровья своих пациентов.

Современные данные ВОЗ показывают, что более 50% причин смертности имеют психологическую обусловленность: вредные привычки, культурно-обусловленные патологии, различные формы зависимости, неправильный образ жизни и др.

Когда сегодня говорят о критериях качества современного образования, на наш взгляд, в их основании должна быть поставлена его здоровьесберегающая направленность. В медицинском образовании здоровьесберегающая направленность реализуется в процессе профессиональной подготовки специалистов и их деятельности.

Здоровьесберегающие технологии – системно организованные воздействия, определяющие миссию современного медицинского образования, направленные на обеспечение состояния физического, психического и социального благополучия его субъектов, субъективную организацию процесса взаимодействия студентов, преподавателей, администрации.

Из определения здоровьесберегающих образовательных технологий видно, что важнейшей целью их внедрения в образовательный процесс является формирование культуры здоровья. Именно на это должны быть в значительной степени направлены усилия социума, с учётом приоритета в данном вопросе воспитания над обучением. Культура здоровья должна не изучаться, а воспитываться. Психологическая основа этого – мотивация на ведение здорового образа жизни. Неотъемлемой частью культуры здоровья является информированность в вопросах здоровья и здорового образа жизни. Таким образом, обучение вопросам здоровья, воспитание культуры здоровья, использование здоровьесберегающих технологий как основного инструмента педагогической работы составляют единое целое – дорогу к здоровью.

Творческий характер образовательного процесса – крайне необходимое условие здоровьесбережения. Включение в творческий процесс служит реализации той поисковой активности, от которой зависит развитие человека, его адаптационный потенциал, способствует развитию личности.

Важный принцип здоровьесбережения состоит в оценке того, какой ценой для здоровья конкретный студент, с учётом всех его индивидуальных особенностей и состояния здоровья, должен расплатиться за полученные знания, умения, навыки. «Цена обучения для здоровья» – вот тот критерий, который при использовании здоровьесберегающих технологий служит мерилем допустимости тех или иных педагогических воздействий.

Ориентация на современные стандарты подготовки специалистов высшего профессионального образования (федеральные государственные образовательные стандарты третьего поколения) предполагает широкое использование в учебном процессе интерактивных методов и форм обуче-

ния. Для полноценного и эффективного использования их в повседневном учебном процессе необходима не только корректировка учебных программ, но и соответствующая подготовка преподавателей. Фактически, это смещение традиционного методического репертуара педагога высшей школы в сторону психологических технологий.

Профессиональная репутация КГМУ, как инновационного вуза, сложилась не только на основании его технической, методической и организационной инновационности, но также и по обеспеченности качества образования здоровьесберегающими технологиями.

Здоровьесберегающие технологии в медицинском образовании реализуются:

- в диагностики уровня психологического, физического и социального благополучия его субъектов;
- в комплексной экспертизе и мониторинге уровня субъективного благополучия студентов, преподавателей, администрации;
- в создании личностно–ориентированных образовательных модулей;
- в создании личностно–ориентированных научно–объективных программ повышения эффективности здорового образа жизни, расширение копинг–ресурсов, эффективного стресс–менеджмента;
- в психологическом консультировании студентов и преподавателей по вопросам оптимизации образовательной и профессиональной деятельности;
- в организации и осуществлении психопрофилактики, коррекционной и развивающей помощи субъектам образовательной деятельности по формированию позитивных ценностей, установок, поведенческих, ориентированных стратегий на здоровый образ жизни.

Обозначенные здоровьесберегающие технологии, не исчерпывают всего их многообразия, при этом направлены на расширение междисциплинарной и межфакультетской интеграции, способствуют повышению академической мобильности, обеспечивают усиление конкурентоспособности медицинского образования.

Успешность реализации модели здоровьеразвивающей технологии зависит от соблюдения целого ряда тесно взаимодействующих между собой психолого-педагогических условий, выделенных как на теоретическом, так и на технологическом уровне.

Список литературы

1. Астраханцев Е.А., Бердников И.Г. Проблемы формирования здоровой жизнедеятельности студентов в профессиональном образовании // Сборник материалов V Всероссийской научно-методической конференции «Теория и методика профессионального непрерывного образования».
2. Концепция ВОЗ в области укрепления здоровья // Общественное здоровье и профилактика заболеваний, № 3, - 2006. – С. 5-18.

3. Решение коллегии Минздрава РФ «О проекте концепции сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания» (протокол от 30.07.1997 № 11)

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ИДЕОЛОГИЯ

*Проректор по учебной работе Курского государственного
медицинского университета, д. м. н., профессор Конопля А.И.*
г. Курск, Россия

Процессы реформирования современной системы высшего образования в Российской Федерации задаются векторам гуманизации и технологизации, что, само по себе создает очевидные противоречия на уровне реализации нововведений. Интенсификация и технологизация процесса обучения в высшей школе генерирует проблемы на уровне их субъектов (студентов и преподавателей), что в первую очередь, приводит к необходимости разработки образовательных технологий как с точки зрения организации учебного процесса, так и с точки зрения общей идеологии, определяющей функционирование вуза как организационной системы (начиная с миссии в социальном пространстве и заканчивая конкретной организацией учебного и воспитательного процессов для различных групп студентов).

В числе основных критериев качества высшего образования выступает критерий здоровьесберегающей направленности как самой образовательной системы, так и содержания процесса обучения. Теоретическим конструктом, имеющим потенциальную возможность стать системообразующим фактором в рамках реализации данного критерия, можно принять психологию здоровья.

Психология здоровья как идеологическое основание функционирования вуза раскрывается в развитии и укреплении организационных оснований университета, в первую очередь через постановку и принятие его целей, стратегического видения и миссии, основных позиций интеграции в широкое социальное пространство. Формирование у каждого из субъектов образовательной деятельности собственной позиции, определяемой миссией университета, приводит к организационно-психологическому оздоровлению и развитию системы отношений вуза.

Психология здоровья как образовательный модуль для учебно-воспитательного процесса понимается нами в качестве основополагающего компонента формирования профессиональной субъектности будущих специалистов. Понимание здоровья «как состояния полного физического, психического и социального благополучия» (ВОЗ) позволяет формировать у выпускников специфическую установку на взаимодействие с пациентом, характеризующуюся ориентацией не на «дефициты», а на ресурсный потенциал, ведущий его к продуктивной адаптации. Психология здоровья

для субъектов образовательного процесса выступает также внутренним компонентом такого образовательного направления, как «здоровый образ жизни», и реализуется в формировании потребности поддерживать здоровый образ жизни, установочной, мотивационно-целевой организации деятельности студентов и преподавателей по реализации здорового образа жизни.

Психология здоровья как образовательный модуль интегрирована в систему образовательной подготовки на всех основных специальностях медицинского вуза и включает в себя изучение вопросов отношения к проявлениям здоровья и болезни, установления критериев здоровья, технологические основы взаимодействия врача и пациента и т.д.

В системе подготовки студентов по специальности «лечебное дело» проблема здоровья, здоровьесберегающих технологий, психологии здоровья представлена в курсе валеологии и реализуется в теоритической и практической направленности обучения.

Психология здоровья как образовательный модуль в медицинском вузе представлена в системе подготовки клинических психологов. Специализация «Психология здоровья и спорта» предложена федеральным государственным образовательным стандартом третьего поколения и ориентирована на реализацию ряда профессиональных навыков:

- диагностики отклонений в поведении и психической деятельности людей;

- участия в психолого-педагогической, врачебно-трудовой, военно-врачебной и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе; разработки и модернизации диагностических, профилактических, психокоррекционных и реабилитационных методик;

- создания личностно-ориентированных научно обоснованных программ повышения эффективности здорового образа, коррекции рискованного поведения, копинг-стратегий, расширения копинг-ресурсов, эффективного стресс-менеджмента;

- консультирования супругов, родителей, детей, врачей, учителей и других специалистов, а также разработку индивидуальных программ психологической помощи;

- организации и осуществления профилактической, коррекционной и развивающей помощи взрослым и детям, разработку методов психологической помощи.

Подготовка клинических психологов по специализации «Психология здоровья и спорта» дает студентам возможность овладеть необходимой для работы в области клинической психологии системой научных и практических знаний, относящихся к образу жизни и профессиональной деятельности, воспитанию, образованию с учетом их влияния на здоровье, профилактику и эффективность лечения.

В соответствии со своей фундаментальной и специальной подготовкой специалист может выполнять следующие виды профессиональной деятельности в учреждениях здравоохранения, образования, социальной по-

мощи населению, в сфере управления, производства и бизнеса: диагностическую, экспертно-консультационную, коррекционную, профилактическую, реабилитационную, научно-исследовательскую, культурно-просветительскую, учебно-воспитательную; и решать соответствующие профессиональные задачи.

Успешная подготовка будущих специалистов предъявляет повышенные требования не только к личностным качествам, но и к уровню физического и психологического здоровья. Здоровый психологически и развитый духовно специалист получает удовлетворение от своей работы, обладает высоким уровнем работоспособности, активности, творчества, стремится к совершенству.

Решение проблемы совершенствования качества подготовки специалистов невозможно только за счет ужесточения требований к психологическому отбору на этапе профессионального самоопределения. Для решения обозначенных проблем психология здоровья должна получить статус идеологического модуля в системе современной высшей школы.

Психология здоровья в образовательном пространстве – это идеологическая прегнантность (идеальная форма) в реализации современных стратегий эффективного менеджмента образования в медицинском вузе.

Здоровье – это ресурс интеллектуального развития; интеллектуальное развитие – это условие эффективного обучения. Соответственно данному смыслу определяется логика формирования социальной миссии медицинского вуза: сохранение здоровья студента - сохранение здоровья профессионала - сохранение здоровья населения.

Список литературы

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. - 3-е изд., перераб. и доп. - Киев: Здоровье, 1989. - 216 с.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология / Серия «Гиппократ». Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 243 с.
3. Артюхова Т.Ю. Адаптационные возможности как показатель психологического здоровья участников образовательного процесса // Сибирский психологический журнал. № 22. – 2005г. - С. 49-53.
4. Брехман И.И. Валеология - наука о здоровье. 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ФиС, 1990. - 208 с.
5. Вайнер Э.Н. Валеология: Учеб. для вузов. 2-е изд., испр. - М.: Наука, 2002. - 416 с.
6. Дубровский В.И. Валеология. Здоровый образ жизни / Предисл. Н.А. Агаджанян. - М.: RETORIKA-A, 2001. - 560 с.
7. Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пос. для студ. высш. уч. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. -192 с.

8. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения.- СПб.: Деан, 2000. - 256 с.
9. Куинджи Н.И. Валеология: Пути формирования здоровья школьников: Метод. пос. - М.: Аспект Пресс, 2001. - 139 с.
10. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб. пос. для студ. высших. пед. учеб. зав. - М.: Изд. центр "Академия", 2001. - 320 с.
11. Телль Л.З. Учение о здоровье, болезни и выздоровлении. В 3 т. Т.3. – М.: ООО «Издательство АСТ»; «Астель», 2001. – 416 с.
12. Paffenbarger R.S., 1994. Chronic disease in former college students. Lectures. 93-109.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РЕБЕНКА, ПЕРЕЖИВШЕГО ТРАВМАТИЗАЦИЮ, В УСЛОВИЯХ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ

Абакумова К.Н.

Психологический центр «Доверие», г. Курск, Россия

Опыт консультативной практики с детьми и подростками показывает частую необходимость использования групповых методов работы. Это обусловлено тем, что определенная часть трудностей у детей возникает в процессе общения с людьми: сверстниками, одноклассниками, родителями, учителями и т.д., то есть в определенной социальной группе. Соответственно, при работе с запросами, связанными с успешной адаптацией ребенка к той или иной группе, повышением эффективности навыков общения и проч., помимо индивидуальной работы необходима и групповая. В данной статье мы хотим описать наш опыт групповой работы в рамках интегративного подхода на примере работы с травмой.

Основными целями групповой работы с детьми в интегративном подходе являются:

- формирование навыка децентрирования (как помощи в преодолении неуверенности, смущения, беспомощности, печали и ярости);
- формирование навыка саморефлексии и рефлексии отношений: понимать и ценить собственное и чужое поведение и переживания - с соответствующей (стоящей за ними) психической и социальной подоплекой;
- развитие убежденности в собственной эффективности (действенности);
- формирование навыков преодолевания проблем (например, добиваться своего с учетом социального контекста в целом);
- развитие солидарности среди ровесников, т.е. отношений, подразумевающих взаимопомощь.

Специфические цели для конкретной группы и для каждого отдельного ребенка мы вырабатываем путем совместной рефлексии впечатлений, контрпереносов и существующих у нас гипотез. В процессе терапии они дифференцируются еще больше.

В данной работе мы опишем опыт работы с травмой у восьмилетнего

мальчика в процессе групповой психотерапии, расскажем о проявлениях травматизации в группе, механизмах, запускающих эти проявления, интервенциях, которые применялись, а также динамику изменений и процесс завершения работы с травмированным ребенком (травматизация связана с физическим насилием, применяемым мамой по отношению к ребенку).

На групповые занятия привели восьмилетнего мальчика Сашу. Запрос родителей был связан с тем, что у мальчика не ладятся отношения с классом, его обижают, из-за чего он не хочет ходить в школу. Они хотели, чтобы он научился себя защищать. Группа состояла из четырех мальчиков и четырех девочек. Из особенностей поведения Саши необходимо отметить, что когда кто-то из детей брал какую-либо игрушку, он подбегал и отбирал ее, вцепившись в нее и крича, что это его игрушка.

Интервенция: в данных случаях детям напоминалось правило о том, что нельзя отбирать игрушку, можно либо попросить, либо поменять, либо договориться, что через определенное время ему ее отдадут.

Данное поведение очень раздражало многих детей, особенно одного мальчика Колю, который в подобных случаях говорил Саше: «Отстань, отвали» и т.д. Однажды Коля принес свою игрушку, которой все заинтересовались, давал ее смотреть всем по очереди и Саше тоже. Когда Саша хотел забрать эту игрушку у девочки, Коля передумал давать ее Саше, запретив ему брать, что очень обидело Сашу, он сел на стул отдельно ото всех и замкнулся. Один из психологов подошел к нему, они поговорили, он успокоился и под конец занятия включился в процесс.

Интервенция: после этого случая было введено правило о том, что нельзя приносить в игровую комнату свои игрушки. Это правило было введено для того, чтобы не создавать условий для конфликта, чтобы все дети были в равных условиях, а не один имел больше власти на правах хозяина игрушки.

На следующем занятии Саша стал активно нарушать правила, провоцировать других детей на агрессию к себе, например, подходил вплотную к кому-нибудь и начинал параллельно говорить, когда ребята отходили, он продолжал, особенно часто он подходил к Коле. Коля начинал злиться, несмотря на напоминание о правилах, санкции за нарушения, это продолжалось, в итоге Коля бросился на Сашу. Когда ведущие держали Колю, который вырывался, чтобы расправиться с Сашей, тот продолжал близко подходить и громко дразнить Колю. Пришлось вывести обоих в разные комнаты. Саша прекрасно понимал, что провоцирует Колю, он даже сказал, что специально делает это, что ему обидно было за тот момент, когда Коля не дал ему игрушку. Это был яркий момент, когда Саша провоцировал на агрессию, таких моментов было множество. Мы предположили, что что-то в группе послужило триггером, запустившим такое поведение, телесно Саша тоже ярко реагировал, он сжимался, втягивал шею, и тогда подходил, как бы ожидая удара. Проанализировав все случаи, мы сделали вывод, что Саша начинает так реагировать, когда хочет взять что-

то, что нельзя брать, в этих случаях он начинает вести себя так, что у другого возникает злость по отношению к нему.

Интервенция: в контакте Саша занимал позицию жертвы, провоцируя партнера по общению на агрессию, реинсценируя травматическую ситуацию. Важно было останавливать момент провокации, при необходимости разводить детей в разные помещения. Посредством рефлексии и эмпатии ребенка важно установить контакт с его чувствами, понять, что происходит с партнером по общению, после чего заключить договоренность о том, как себя вести, если возникает то или иное состояние (обида, злость, страх).

Чем дальше травма, то не всегда на основе симптоматики возможно что травма была. У жертвы возникает опыт агрессии и бессилия. Этот опыт может быть проработан 2 способами: 1) возможность вынести агрессию наружу, т. е. жертва идентифицируется с агрессором и ведёт себя агрессивно по отношению к др. жертве – реинсценировка; 2) у женщин часто проявление агрессии вовнутрь: депрессии, саморазрушение, пищевые нарушения – связано с чувством вины.

Тем не менее под конец групповых занятий Саша очень продвинулся, он пользовался правилами, чтобы защитить себя (правило «Стоп»), хотя раньше не делал этого, он снизил число провокаций к остальным участникам, стал больше говорить о том, что ему обидно, а если и начинал провокацию, ведущие ему напоминали о договоренности (если провокация начиналась, Саша обещал останавливаться по просьбе ведущих). В разговоре с мамой после окончания группы стало известно, что Саша ходит в школу с большим удовольствием, чем раньше, у него появилось 4 друга.

Список литературы

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
2. Винникот Д. Игра и реальность. Москва: ИОИ, 2002.
3. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия - искусство отношений. М.: Институт практической психологии. 1998. - 368 с.
4. Рам Доротеа, Кириш Карола. Пер. А. Локтионова. Интегративная групповая терапия с детьми из «группы риска». Сайт www.detskiy.info Московский психотерапевтический журнал.

ГРУППОВАЯ ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА

Абакумова К.Н., Шевченко А.В.

Психологический центр «Доверие», г. Курск, Россия

Исходя из практического опыта психологической работы с детьми, отмечается, что в последнее время возросло количество обращений к детскому психологу по поводу наличия у ребёнка различного рода трудностей

эмоционального и/или поведенческого характера. Одной из часто встречающихся трудностей является нарушение в сфере общения: сложность установления коммуникативного контакта со сверстниками и взрослыми, отсутствие четких границ общения, неумение защитить себя в конфликтной ситуации, трудности в поддержании длительных дружеских отношений, сложности психологической адаптации при переходе в новую группу и др.

Перечисленные сложности, с которыми часто обращаются родители, наиболее эффективно поддаются коррекции с помощью групповых форм работы. Групповая игровая терапия сочетает в себе элементы групповой терапии и особый способ взаимодействия, характерный для индивидуальной групповой терапии, создавая основу для «чрезвычайно динамичного психотерапевтического вмешательства» [3].

Детская группа выступает для ребенка прежде всего своеобразной моделью окружающей его социальной среды и пространством освоения нового опыта, создаёт мотивацию к изменениям и поддерживает её. Кроме того, в пространстве групповой терапии детям предоставляется возможность для построения отношений, невозможных в индивидуальной работе. В группе ребёнок может идентифицироваться с тренером и другими членами группы. В своей практической работе мы отдаем предпочтение совместной игровой деятельности, как эффективному способу освоения действительности, который позволяет осваивать новые социальные роли, экспериментировать с границами, моделировать различные социальные условия, обогащает поведенческий репертуар.

Основной целью групповой игровой терапии с детьми является сохранение и улучшение психического здоровья ребёнка. В частности, задачами групповой работы с детьми выступают:

- формирование навыка децентрирования (как помощи в преодолении неуверенности, смущения, беспомощности, печали и ярости);
- формирование навыка саморефлексии и рефлексии отношений: понимать и ценить собственное и чужое поведение и переживания - с соответствующей (стоящей за ними) психической и социальной подоплекой;
- развитие убежденности в собственной эффективности (действенности);
- формирование навыков преодоления конфликтов (например, добиваться своего с учетом социального контекста в целом);
- развитие солидарности, способности к сотрудничеству среди ровесников, т.е. отношений, подразумевающих взаимопомощь.

Детские психотерапевтические группы нуждаются в четкой структуре, что в первую очередь касается численности группы, а также продолжительности и частоты занятий. В своей практике мы организовываем группы численностью 5-7 детей, так как в слишком большой группе трудно создать и поддерживать принимающую среду, стимулирующую рост и развитие ребёнка. С одной группой работают одновременно 2-3 психолога и ассистент, что позволяет достичь более высокой концентрации внимания

на каждом ребёнке в отдельности и на групповом процессе в целом. Разница в возрасте у детей, входящих в группу, обычно не превышает года, при этом психологический возраст часто оказывается важнее хронологического. Кроме того, при формировании группы нами учитывается и её половой состав: группа подбирается либо однополая, либо сбалансированная по половому признаку (половина мальчиков, половина девочек). Продолжительность одного занятия варьируется от 1 часа до полутора часов в зависимости от возраста участников, частота встреч - 1-2 раза в неделю. Что касается общей длительности групповой работы, то нами отмечается, что для эффективности группового консультирования с детьми требуется не менее 20 встреч. Это объясняется необходимостью отведения достаточного количества времени для установления контакта с каждым ребёнком и создания соответствующей обстановки развития группы, для естественного процесса личностного роста, а также для завершения психокоррекционного процесса.

Ряд методов и приемов организации игрового взаимодействия в детских объединениях определяет И.И. Фришман [6, 7]. Это:

- моделирование игрового взаимодействия;
- проектирование социального становления;
- программирование игровой деятельности;
- рефлексия характера игрового взаимодействия;
- многообразие психолого-педагогических приемов, расширяющих позитивный игровой опыт;
- становление социально-нравственной позиции участников детских объединений во взаимодействии с окружающей средой.

В игровой терапии игрушки рассматриваются в качестве слов ребёнка, а игра – в качестве его языка, поэтому необходимо очень внимательно подходить к выбору игрушек и материалов, используемых для работы в группе. Так, выбранные игрушки и материалы должны:

- ✓ Предоставлять простор для творческого выражения;
- ✓ Обеспечивать широкий спектр выражения эмоций;
- ✓ Возбуждать интерес ребёнка;
- ✓ Создавать возможность успеха без предписанной структуры;
- ✓ Облегчать экспрессивную и исследовательскую игру.

Управление межличностными отношениями в детских группах является одной из самых сложных задач. Именно в детском возрасте идет активное освоение системы общественных отношений в процессе ведущей для каждого возрастного периода деятельности. Для достижения максимального эффекта от групповых занятий психолог должен создать оптимальные условия для полноценного личностного развития каждого члена детской группы, а именно[4]:

- обеспечение каждому ребенку возможностей для активного участия во всех видах совместной деятельности в группе;

- получение разнообразного опыта общения и взаимодействия в процессе выполнения групповых задач;
- использование в группах таких норм и правил общения и взаимодействия, которые интересы личностного развития каждого ребенка ставят на первое место;
- воссоздание в практической деятельности детских групп той социальной реальности, с которой дети, повзрослев, должны будут столкнуться;
- обеспечение безопасного пространства для каждого ребёнка в отдельности и для группы в целом;
- индивидуальный подход к каждому ребёнку с учётом его сильных и слабых сторон;
- обеспечение каждому ребёнку обратной связи от группы с целью развития навыков саморефлексии и интеграции опыта, полученного в ходе каждого занятия;
- демонстрация конструктивных моделей поведения тренеров между собой и с детьми.

Эффективность групповой работы с детьми снижается без установления определённого рода ограничений. В ситуации вседозволенности дети не могут чувствовать себя в безопасности. Ограничения составляют один из аспектов жизненного опыта, и умение их выдерживать четкие рамки является одним из наиболее ценных приобретений ребёнка в процессе групповых занятий. В нашей практике мы устанавливаем безоговорочные ограничения на [1]:

- 1) действия, причиняющие вред кому-либо из членов группы или психологу-тренеру;
- 2) нарушение временного регламента;
- 3) повреждение игровой комнаты;
- 4) социально неприемлемое поведение и выражение чувств.

Некоторые правила и ограничения, как и санкции за их нарушение, придумываются самими детьми и обсуждаются и принимаются всеми членами группы.

Установление ограничений в процессе групповой работы с детьми преследует следующие цели:

- ✓ Обеспечение гарантии физической и эмоциональной безопасности детей-участников группы.
- ✓ Развитие у детей способности к принятию решений, управлению поведением, выработке чувства ответственности.
- ✓ Связывание игровых занятий с реальностью.
- ✓ Позволение ребёнку выразить негативные чувства, не причиняя никому вреда и без страха перед возможным наказанием.
- ✓ Сохранение профессиональных, этических и юридических отношений.

Установление ограничений происходит по мере необходимости, чтобы не помешать процессу самовыражения и самоисследования детей. Кро-

ме того, ограничения должны носить специфический, а не общий характер, психолог способен заставить ребёнка соблюдать эти ограничения. Именно твёрдость и предсказуемость психолога как в установлении ограничений, так и в применении санкций за их невыполнение помогают детям чувствовать себя в безопасности.

Таким образом, с помощью специально организованного процесса взаимодействия детей между собой и со взрослыми, имеющего четкие цели, задачи и организацию, в основе которого лежит совместная игровая деятельность, мы помогаем ребёнку в сохранении и улучшении его психического здоровья. Ребенок осваивает действительность и воспроизводит себя в ней, используя при этом конструктивные формы поведения, что, в свою очередь, помогает ему эффективно справляться с возникающими сложностями, как нормативными для его возрастного развития, так и ненормативными, и соответственно является профилактикой различных нарушений психического и соматического здоровья.

Список литературы

1. Богомолова Н.Н. Ситуационно-ролевая игра как активный метод социально-психологической подготовки // Теоретические и методологические проблемы социальной психологии / Под ред. Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой. - М., 1977.
2. Куприянов Б.В., Миновская О.В. Ситуационно-ролевая игра как средство развития у подростков субъектности во взаимодействии: Монография / Под ред. И.И. Фришман. - Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2002. - 120с.
3. Лэндрет Г.Л. Новые направления в игровой терапии: Проблемы, процесс и особые популяции. – М., 2007. – 479 с.
4. Пидкасистый П.И., Хайдаров Ж.С. Технология игры в обучении и развитии: Учебное пособие. — М., 1996.
5. Рам Д., Кирш К. Интегративная групповая терапия с детьми из «группы риска». – 13 с.
6. Фришман И.И. Игровое взаимодействие в детских объединениях: монография. — Ярославль, 2000.
7. Фришман И.И. Игровое взаимодействие в детских объединениях. Автореф. дис. док. пед. наук. — Ярославль, 2001.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ КОРАКСАНОМ НА СОСТОЯНИЕ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ДВУХСТОРОННИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Авдеева Н.В., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней № 2, г. Курск, Россия

Совершенствование медикаментозной терапии хронической ишемической болезни сердца (ИБС) и ее вторичная профилактика в настоящее время является важнейшей проблемой современной кардиологии. Одним из эффективных принципов лечения различных форм стенокардии как проявления ИБС является применение препаратов, обладающих отрицательным хронотропным эффектом, ведущим к снижению ЧСС и, соответственно, уменьшению потребности миокарда в кислороде, что обеспечивает поддержание ишемизированного миокарда в состоянии адекватной оксигенации [5, 6, 8]. Широкое распространение в этой связи получили бета-адреноблокаторы, обеспечивающие уменьшение адренергических воздействий на сердечно-сосудистую систему, что выражается в снижении ЧСС [1, 2].

Вместе с тем бета-адреноблокаторы способствуют некоторому уменьшению сердечного выброса, что негативно влияет на периферический кровоток в случае наличия стенозирующего поражения периферических артерий. Вот почему при системном атеросклерозе, поражающем как коронарные, так и периферические сосуды (особенно часто это проявляется в виде облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей с развитием перемежающейся хромоты) применение бета-адреноблокаторов не показано, а лечение стенокардии затрудняется в связи с невозможностью использовать в терапии ИБС одну из ведущих и эффективных групп антиангинальных препаратов. В этой связи особый интерес представляет новая группа антиангинальных средств – блокаторы *if*-рецепторов синусового узла, ведущий к снижению ЧСС без активного влияния на адренергический статус, сократимость миокарда и тонус периферических артерий [3, 7], что позволяет использовать ее у больных ИБС с сочетанной облитерирующей патологией периферических артерий.

Цель работы – оценить состояние центральной и периферической гемодинамики у больных ИБС, стабильной стенокардией в сочетании с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей.

Материалы и методы. Исследование выполнено на двух рандомизированных (по возрасту и тяжести стенокардии) группах (по 40 человек) больных ИБС со стабильной стенокардией II-III функционального класса в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) и ХАН II стадии (по Покровскому). Критерием оценки нарушения периферического кровотока служил ложыжечно-плечевой ин-

декс (ABI). Из исследования исключались пациенты с тяжелой сердечной недостаточностью (ШБ – III), тяжелой патологией печени, почечной и дыхательной недостаточностью. До включения в исследование и на протяжении исследования пациенты продолжали прием аспирина 100мг/сут, изосорбида-мононитрата (40-60 мг/сут), аторвастатина (20-30 мг/сут). Терапия в основной группе дополнялась Кораксаном (ивабрадин 10-15 мг/сут) на протяжении 3-х мес.

Периферическую гемодинамику оценивали методом плетизмографии (VaSeraVS-1000, FUKUDADENSHI) с расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ABI) на пораженной конечности. Внутрисердечную гемодинамику определяли методом доплерэхокардиографии (датчик «SONOS-500», HewlettPackard, 5 МГц в импульсно-волновом режиме). Статистическая обработка результатов проводилась по программе «Statistic 6,0» с использованием разностного метода Стьюдента и расчетом коэффициента корреляции.

Результаты и их обсуждение.

Исходное значение лодыжечно-плечевого индекса (ABI) было снижено у всех включенных в исследование больных, при этом у пациентов с двухсторонним поражением величина ABI справа и слева, как в контрольной так, и в основной группах существенно не отличались друг от друга, что свидетельствовало о наличии стеноза артерий нижних конечностей.

При оценке исходных параметров внутрисердечной гемодинамики у больных ИБС с ОАСНК отмечался первый (гипертрофический) тип диастолической дисфункции левого желудочка [3, 9], о чем свидетельствовало характерное изменение параметров трансмитрального потока: низкое значение $E/A - 0,84 \pm 0,02$, пика $E - 61,2 \pm 1,8$, повышение пика $A - 72,8 \pm 1,5$, а также увеличение $DT_E - 0,263 \pm 0,005$, продолжительность которого превышала 220 мс (табл. 1), значение $IVRT$ было невысоким $- 0,114 \pm 0,005$, что, вероятно, связано с наличием тахикардии $- 86$ уд/мин. Отмечалось пограничное значение $KDD - 16,2 \pm 0,9$ мм. рт.ст. Величина $ФВ - 56,3 \pm 1,9$ мл.

Значения $VCF - 0,92 \pm 0,02$ с⁻¹ также было невелико, как и значение $KDO - 123,1 \pm 2,4$ мл, что тоже связано с исходным увеличением ЧСС (табл. № 1). В контрольной группе указанные параметры значимо не отличались от значений указанных параметров в основной группе.

В результате комплексной терапии, включающей Кораксан, у больных ИБС с двухсторонним ОАСНК наблюдалось некоторое улучшение диастолической функции левого желудочка (табл.1): увеличение к 1 мес. значения E на 11%, отношения E/A - на 18,6%, однако величина A оставалась на прежнем уровне, а ее снижение регистрировалось лишь ко 2-му и 3-му мес., соответственно на 9,5% и 10,7%. Значения E и соотношения E/A ко 2-3 мес. терапии сохраняли свое значение и превышали исходный уровень, соответственно, на 11,8% и 12,4%, 23,3% и 25,6% от исходного значения.

В контрольной группе достоверной динамики указанных параметров за период наблюдения не отмечалось (табл. 1).

Обращало внимание в основной группе некоторое снижение значения IVRT (таблица 1): к 1 мес терапии на 11,4%, ко 2 мес. – 15,8%, к 3 – 16,7% (фактически после 2-х мес. терапии значение IVRT сохранялось на достигнутом уровне). При этом величина IVCT достоверно не изменялась за весь период лечения. В контрольной группе динамики указанных параметров не отмечалось.

Таким образом, на фоне терапии Кораксаном у больных ИБС с сопутствующим атеросклерозом магистральных сосудов нижних конечностей, с двухсторонним поражением, наблюдалось некоторое улучшение диастолической функции левого желудочка, что подтверждалось сокращением периода замедления потока раннего диастолического наполнения DT_E к 1 мес. терапии на 11%, ко 2 и 3 мес., значения сохранялись на достигнутом уровне и были меньше исходного, соответственно, 13%, и на 11,8%. В группе сравнения значимых изменений указанных параметров не отмечено (табл.1).

На фоне лечения Кораксаном были зарегистрированы изменения показателей систолической функции левого желудочка (табл.1). Так, с первого месяца терапии ФВ увеличилась в основной группе, соответственно, на 7,3%, в последующие 2 и 3 мес. сохранялась на высоком уровне, превышая исходное значение 12,6%, на 13,1%, соответственно. Увеличение фракции выброса сочеталось с небольшим, но достоверным увеличением КДО на 4,6%, на 6,9%, на 7,9%, соответственно, к 1-3 мес. терапии, также определенным снижением значения КДД, которое через 1 мес. сочетанной терапии, включающей Кораксан, сократилось на 14,8 %, а ко 2 мес. и 3 мес. сохранялось фактически на достигнутом уровне. В контрольной группе традиционная терапия не приводила к достоверно-значимым изменениям параметров систолической функции левого желудочка.

При оценке значения VCF установлено, что его значение несколько возросло (табл.1), соответственно при одно- и двухстороннем поражении, к 1 мес на 10,9%, в последующий период – сохранялась на достигнутом уровне. В группе сравнения величина VCF не изменялась.

Изменения внутрисердечной гемодинамики в основной группе происходили на фоне уменьшения ЧСС, что связано с отрицательным хронотропным эффектом Кораксана, при этом в группе сравнения достоверной динамики со стороны ЧСС отмечено не было (табл.1).

Несмотря на отсутствие у Кораксана способности оказывать непосредственное влияние на тонус и просвет периферических артерий, в каждой из основных подгрупп наблюдалось увеличение ABI на пораженных конечностях (здесь и далее в скобках приведены абсолютные значения ABI): к 1 мес. лечения при на 10,4% ($0,74 \pm 0,02$), ко 2 мес. – на 13,4% ($0,76 \pm 0,03$), к 3 мес. – 13,4% ($0,76 \pm 0,02$).

Таблица 1.

Показатели систоло-диастолической функции левого желудочка при двухстороннем поражении артерий нижних конечностей на фоне терапии Кораксаном (M±m)

Параметры	Группы	Исходно	Период лечения		
			1 мес	2 мес	3 мес
E (см/сек)	Осн.	60,3±2,1	66,9±2,3*	67,4±1,8*	67,8±1,7*
	Контр.	64,2±1,8	66,3±1,9	63,8±1,8	65,1±1,7
A (см/сек)	Осн.	70,4±1,5	65,4±1,7 *	63,7±1,8	62,9±1,7 *
	Контр.	74,2±1,8	75,1±1,8	72,8±1,7	73,6±1,8
E/A(усл. ед.)	Осн.	0,86±0,02	1,02±0,03	1,06±0,03	1,08±0,03
	Контр.	0,87±0,02	0,88±0,02	0,88±0,02	0,88±0,02
IVRT	Осн.	0,110±0,004	0,094±0,004*	0,092±0,006*	0,093±0,006*
	Контр.	0,123±0,003	0,128±0,005	0,118±0,004	0,121±0,005
IVCT	Осн.	0,091±0,003	0,094±0,005*	0,086±0,005*	0,085±0,006*
	Контр.	0,079±0,006	0,075±0,004	0,078±0,005	0,084±0,006
DtE (сек)	Осн.	0,254±0,006	0,226±0,003*	0,221±0,008*	0,224±0,004*
	Контр.	0,237±0,005	0,241±0,007	0,231±0,009	0,247±0,007
KDD(мм. рт.ст)	Осн.	17,9±1,07	14,2±1,1*	14,3±1,3*	14,2±0,9*
	Контр.	16,3±1,0	16,0±1,1	16,4±0,9	16,1±1,1
ФВ (%)	Осн.	58,3±2,1	65,4±2,0*	67,1±2,3*	66,9±2,4 *
	Контр.	59,8±2,0	61,3±1,9	62,1±2,0	60,4±2,1
VCF	Осн.	0,92±0,02	1,02±0,03*	1,03±0,03*	1,01±0,02*
	Контр.	0,94±0,02	0,95±0,02	0,92±0,03	0,95±0,03
Скорость потока выносящего тракта ЛЖ м/сек	Осн.	1,99±0,04	1,96±0,03	1,90±0,02	1,89±0,03
	Контр.	1,89±0,03	1,92±0,03	1,87±0,03	1,93±0,02
КДО мл.	Осн.	128,6±2,1	136,4±2,2*	135,4±2,4*	136,1±2,3*
	Контр.	125,2±2,3	128,7±2,1	129,4±2,2	128,2±2,2

Примечание. *p<0,05 - достоверность различий с параметрами до пробы.

Комплексная оценка изменений со стороны параметров внутрисердечной и региональной гемодинамики, показателей жесткости сосудистого русла показали, что увеличение фракции выброса, значения КДО, улучшение параметров диастолической функции левого желудочка тесно взаимосвязаны с отрицательным хронотропным эффектом Кораксана в основной группе больных как с двухсторонним поражением магистральных сосудов нижних конечностей, а изменения параметров внутрисердечной гемодинамики находятся в тесной корреляционной взаимосвязи со степенью

снижения ЧСС и составляют, соответственно, для величины отношения E/A – $r=-0,79$, для IVRT – $r=+0,84$, для DT_E – $r=-0,68$, для ФВ – $r=-0,86$, для КДО – $r=-0,77$, для VCF – $r=-0,62$ ($p<0,05$ для всех указанных значений).

В основной группе при двухстороннем поражении установлено наличие корреляционной связи между степенью увеличения VCF и ABI ($r=+0,76$, $r=+0,74$).

Учитывая представленные результаты, можно заключить, что применение Кораксана у больных ИБС в сочетании с ОАСНК сопровождается улучшением систоло-диастолической функции левого желудочка и изменением формы пульсовой волны, что обеспечивает улучшение объемного кровотока в пораженных облитерирующим атеросклерозом конечностях и подтверждается увеличением значения ABI. В этой связи, Кораксан следует рассматривать как препарат выбора, обеспечивающий отрицательный хронотропный эффект и, в отличие от бета-адреноблокаторов, способствующий улучшению кровотока в пораженных артериях.

Список литературы

1. Клиническая фармакология // Под ред. В.Г.Кукеса. – М. – 2008. – С. 187-194.
2. Метелица В.И. Руководство по клинической фармакологии сердечно-сосудистых средств // М., 2005. – С. 160-210.
3. Терещенко С.Н. Демидова И.В., Александрия Л.Г. Диастолическая дисфункция левого желудочка и ее роль в развитии хронической сердечной недостаточности // Сердечная недостаточность. – 2000. – № 1. – С. 61-65.
4. Шахматова О.О., Комаров А.Л., Панченко Е.П. Ивабрадин в лечении больных стабильной стенокардией: уроки исследования BEAUTIFUL // Кардиология. - 2010. - N1.-С. 42 - 50.
5. Daly C.A., Clemens F., Lopez Sendon J.L. and all. The clinical characteristics and investigations planned in patients with stable angina presenting to cardiologists in Europe: from the Euro Heart Survey of Stable Angina. // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 996–1010.
6. Diaz A., Bourassa M., Guertin M.C. and all. Long-term prognosis value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease. // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 867–874.
7. DiFrancesco D., Camm A. Heart rate Lowering by Specific and Selective If Current Inhibition with Ivabradin Drugs. – 2004. – Vol. 64(16). – P. 1757-1765.
8. Guidelines on the management of stable angina pectoris // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1341 – 1381.
9. Rakovsky, H. Canadian consensus recommendation for the measurement and reporting of diastolic desfunction in echocardiography / H. Rakovsky H., Appleton C., Chan K. // J. Am. Soc. Echocardiogr. – 1996. - № 9. – P. 736-760.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОМУ И ЦЕНТРАЛИЗОВАННОМУ ТИПУ

Агаркова О.В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский
университет»,
г. Томск, Россия

Нами выполнен анализ работы стационара на дому для больных шизофренией на базе диспансерного отделения Томской клинической психиатрической больницы. Было обследовано до и после окончания лечения и реабилитации в стационаре на дому 120 больных в 2006 и 120 больных в 2008 гг. В 2006 г. работа велась по децентрализованному типу: на каждом врачебном участке было создано по 10 коек, где участковый врач-психиатр и медсестра проводили все мероприятия медицинского характера на дому, а также могли привлекать в качестве консультантов терапевта и невропатолога диспансера. Решение о приеме больного в стационар на дому участковый врач принимал самостоятельно. С 2007 года стационар на дому стал работать по централизованному типу: был назначен заведующий стационаром на дому, выделены 2 ставки медсестер и санитаря-водителя. Число коек в стационаре на дому было резко сокращено (до 30), а решение о направлении больного в стационар на дому принималось коллегиально участковым психиатром, заведующим стационаром на дому и заведующим диспансерным отделением.

Клинические и социодемографические характеристики больных шизофренией, прошедших лечение и реабилитацию в стационаре на дому в 2006 и 2008 гг., были вполне сопоставимы: около 2/3 пациентов в обеих группах имели диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим течением – соответственно 64,2% и 67,5%. Различия между этими экстенсивными показателями недостоверны – $p > 0,10$.

Вторая по численности нозологическая группа была представлена больными с резидуальной шизофренией (шизофренический дефект). В отличие от пациентов с диагнозом параноидной формы здесь целью терапевтического вмешательства была возможная редукция негативной симптоматики. Таких пациентов было пролечено 28 (23,3%) в 2006 году и 24 (20,0%) в 2008 году.

Больным с простой формой шизофрении также требовались лечение и социально-психологическая реабилитация в связи с выраженными негативными расстройствами. Диагноз простой формы был выставлен 7 пациентам в выборке 2006 года (5,8%) и 9 (7,5%) в выборке 2008 года.

Как в 2006, так и в 2008 г. больные со сроком психиатрического наблюдения менее 3 лет лишь в единичных случаях направлялись в стационар на дому (два в 2006 году и один в 2008 году). Это были пациенты молодого возраста с диагнозом простой формы заболевания. Самой много-

численной, как в 2006, так и в 2008 году, оказалась группа больных со сроком наблюдения от 5 до 15 лет: соответственно 76,6% и 80,9%.

Анализ состава семей, в которых проживают больные шизофренией, прошедшие лечение в стационаре на дому в указанные годы, позволил установить, что более половины живут совместно с родителями или одним из родителей (57,5% в 2006 году и 55,8% в 2008 году). Это были мужчины и женщины, у которых никогда не было своей семьи или она распалась. В целом достоверных различий по семейному положению и составу семей у больных шизофренией, которые прошли лечение в стационаре на дому в 2006 и 2008 годах, выявить не удалось.

Для сравнительного анализа использовались клинические характеристики пациентов до начала терапии в стационаре на дому и после ее окончания. Вторым критерием был клинико-экономический анализ работы стационара на дому по централизованному и децентрализованному типу. Третий критерий – оценка самими пациентами и их родственниками организации стационара на дому по двум указанным выше типам. Клиническое состояние больных оценивалось при помощи шкалы PANSS не лечащим врачом, а независимым экспертом. Как выяснилось, лечение в стационаре на дому оказалось наиболее эффективным в отношении общих психопатологических синдромов по шкале PANSS: и в 2006, и в 2008 годах разница средних показателей до и после терапии статистически достоверна ($p < 0,01$). То, что касается разницы средних показателей по субшкале позитивных синдромов до и после лечения, то здесь различия также статистически достоверны, но в меньшей степени, чем при сравнении общих психопатологических синдромов – $p < 0,05$. Снижение в результате лечения в стационаре на дому средних показателей по субшкале негативных синдромов и в 2006, и в 2008 годах оказалось недостоверным – $p > 0,05$. В целом лечение больных шизофренией в стационаре на дому, организованному по децентрализованному (2006 г.) и централизованному типу (2008 г.), не выявило достоверных различий по клинической эффективности.

Традиционно экономическая эффективность той или иной формы стационарной или стационарзамещающей помощи идет на основании сравнения стоимости одного койко-дня. Мы решили провести эту работу по-иному: на основании сведений о средней длительности пребывания пациента в стационаре на дому в 2006 и 2008 годах, а также информации о стоимости каждого из компонентов лечебного и реабилитационного процесса были подсчитаны расходы на лечение в стационаре на дому одного больного шизофренией при децентрализованной и централизованной организации. В результате расчетов оказалось, что стоимость лечения и реабилитации одного больного в стационаре на дому при работе по децентрализованному типу в размере 10452,8 рубля, а при работе по централизованному типу – 16844 рубля. Различия этих показателей также высоко достоверны – $p < 0,001$.

Для изучения удовлетворенности больных шизофренией и их родственников работой стационара на дому в 2006 и 2008 годах лично авто-

ром было проведено исследование при помощи специально разработанного опросника. Мы решили сосредоточиться на трех наиболее многочисленных категориях семей больных шизофренией, которые и в 2006, и в 2008 годах, составили более 75% нашей выборки: больной и родители (родитель), больной и другие родственники, больной и супруг (супруга), включая гражданский брак. Всего было обследовано 140 семей больных шизофренией, прошедших лечение в стационаре на дому в 2006 и 2008 годах: по 70 семей в том и другом случае. Состав семей, где проводилось изучение удовлетворенности больных и их родственников работой стационара на дому, был идентичен в 2006 и 2008 году – 40 семей, в которых больной (больная) проживали вместе с родителями, 20 семей, в которых больной (больная) проживали вместе с другими родственниками, и 10 супружеских семей.

Самые высокие оценки по 10-балльной шкале со стороны больных и их родственников получила работа медсестер, которые ежедневно контактировали с пациентами. Средние оценки работы медсестер оказались выше, чем врачей, как в 2006, так и в 2008 году, и, наконец, в 2008 году средние оценки работы медсестер были достоверно выше средних оценок 2006 года.

Высокие оценки больные и их родственники дали работе психолога в стационаре на дому. Они уступают по значению только средним оценкам работы медицинских сестер.

Неожиданно низкими оказались оценки, как больными, так и их родственниками, улучшения психического состояния после лечения в стационаре на дому.

Также высокие оценки по результатам лечения в стационаре на дому больные и их родственники дали в 2008 году повышению активности пациентов в семье и за ее пределами. При сопоставлении средних оценок, как больных, так и их родственников, по этому параметру выявлены статистически достоверные различия между 2006 и 2008 годами ($p < 0,05$).

Мы уверены, что это отражает стратегическую цель организации стационара на дому для больных шизофренией. Никто не надеется, что после лечения в стационаре на дому у больного шизофренией психическое состояние будет соответствовать «выздоровлению», так как мы имеем дело с хроническими психическими расстройствами. Однако удовлетворенность потребителей психиатрической помощи, которая отражается в их оценках работы всех участников реабилитационного процесса, указывает на приоритеты при планировании и реализации этой формы психиатрического сервиса.

ДЕФОРМАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Акуленкова М.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В настоящее время имеет место тенденция все более возрастающего интереса к вопросам идентичности, особенно в ситуации соматического заболевания. Данная тенденция обусловлена тем, что личность человека претерпевает значительные изменения в ситуации болезни (В.В. Николаева). Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как новообразования, возникающие в период кризиса развития. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде (Л.И. Божович), что приводит к изменению идентичности вплоть до ее деформации.

Социально-психологическая идентичность есть структура представлений о себе, убеждений, ценностей, жизненных целей человека, переживаемая субъективно как ощущение тождественности и постоянства своей личности при восприятии других признающими это тождество. (Н.В. Антонова) [1]

Структура идентичности по Г. Брейкуэлл [3] включает в себя 3 измерения:

- 1) содержательное измерение – что человек знает о себе;
- 2) оценочное измерение – как он себя оценивает;
- 3) временное измерение – динамика идентичности во времени.

Содержательное измерение идентичности расширяется по мере жизни человека. Актуальные содержания идентичности не статичны, как и их структурная организация. Они изменяются вслед за изменением социального контекста. [3]

Люди различаются по степени связанности элементов идентичности. Одни обладают строгой иерархической структурой идентичности, другие - хаотичным набором отдельных элементов. [1]

Ситуация острого заболевания ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, создает трудную жизненную ситуацию. [5] Эта социальная ситуация развития, в которой оказывается внезапно заболевший человек, изменяет весь стиль его жизни: его жизненные установки, планы на будущее, его жизненную позицию по отношению к различным важным для больного обстоятельствам и к самому себе. [4] Все эти изменения оказываются предметом психической активности больного и способствуют деформации идентичности.

Мы исследовали особенности идентичности больных, перенесших ишемический инсульт, в два этапа. Первый этап исследования проводился

во время пребывания пациентов в стационаре; второй этап – через три месяца после выписки. Для исследования идентичности использовалась методика М. Куна – Т. Макпартленда «Кто Я?».

В качестве параметров идентичности мы рассматривали уровень рефлексии, самооценку, временные аспекты идентичности, наличие в описании себя социальных ролей и индивидуальных характеристик, а так же сферы жизни, к которым относятся данные описания. Выделенные нами параметры идентичности соответствуют структуре идентичности по Г. Брейкуэлл.

На первом этапе исследования мы получили следующие выводы.

Для больных, перенесших ишемический инсульт, на этапе пребывания в стационаре характерен низкий уровень рефлексии, в самоописании присутствуют единичные характеристики перспективного «Я», то есть идентификационные характеристики, связанные с перспективами, пожеланиями, намерениями, мечтами, относящихся к различным сферам жизни. Преобладающими характеристиками в самоописании являются социальные роли, в меньшей степени выражены индивидуальные качества. В идентификационных характеристиках представлены сферы семьи и работы. Самооценка больных неустойчива, они затрудняются оценить себя, мотивируя это тем, что «я не знаю, как я теперь буду», «мне трудно понять, кто я теперь». На наш взгляд, это может быть связано с переживанием кризиса идентичности, связанным с болезнью как трудной жизненной ситуацией.

На втором этапе исследования, проведенном через три месяца после выписки из стационара, мы получили следующие выводы.

Для больных, перенесших ишемический инсульт и находящихся на этапе восстановительного периода, появилась тенденция к преобладанию в самоописании индивидуальных характеристик над социальными ролями, повышение уровня рефлексивности, что, на наш взгляд, связано с включением копинг-стратегий в процесс совладания с болезнью как трудной жизненной ситуацией, поиск личностных ресурсов. В идентификационных характеристиках представлена только сфера семьи, что связано с ограничением круга социальных ролей и сужением сферы контактов пациентов в связи с инвалидизацией. Самооценка пациентов снижена, у них наблюдаются идеи виновности себя в болезни, «теперешней никчемности», «ненужности».

Таким образом, мы видим, что идентичность больных, перенесших ишемический инсульт, и на этапе острого периода и на этапе восстановления деформирована во всех аспектах: содержательном, оценочном и временном. Деформация идентичности влечет за собой нарушение адаптации пациентов в социуме, что негативно сказывается на процессе реабилитации после перенесенного инсульта.

Список литературы

1. Антонова Н.В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии // Вопр. психол. 1996. № 1. - С. 131–143.
2. Волков В.Т. Личность пациента и болезнь. - Томск: Класс, 1995.
3. Иванова Н.Л. Психологическая структура социальной идентичности. Дисс. ... док. психол. наук. Ярославль, 2003.
4. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. - СПб, 1996.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., 1987.

ОСОБЕННОСТИ В РАЗВИТИИ И ПРИМЕНЕНИИ ИГРОВЫХ ПРИЁМОВ ПРИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Аношкова И.В.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Проблема изучения личностной сферы слабовидящих и незрячих детей подросткового возраста недостаточно исследована на сегодняшний день.

Обусловленное зрительным дефектом ограничение чувственного опыта, как у детей, так и у взрослых приводит к некоторым особенностям в формировании их эмоционального отношения к различным сторонам действительности (Л.С. Выготский, М.И. Земцова, А.Г. Литвак). Сенсорная депривация тесно связана с формированием личностной реакции на зрительный дефект, в числе которой отмечается: сужение или искажение характера эмоциональных реакций, повышение личностной и ситуативной тревожности, страхи и фобические ожидания. Это, в свою очередь, способствует формированию социальной депривации, при которой нарушается адекватное взаимодействие с окружающим миром (В.З. Денискина, А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева и др.).

Чувство нестабильности и незащищенности, неадекватные представления подростков о влиянии зрительного дефекта на жизнь и будущее, переживание эмоционального дискомфорта в жестких условиях современного общества, расхождение между уровнем самооценки и притязаниями – эти и другие факторы оказывают влияние на формирование тревожности как устойчивой личностной черты. Опираясь в основном на еще не вполне устойчивую систему взглядов и убеждений, в подростковом возрасте дети начинают серьезно задумываться о своих особенностях, зрительном дефекте и его влиянии на жизнь, об отношениях с окружающими людьми, успешности в среде сверстников. Зрительный дефект, приобретая с возрастом все большую социальную значимость, оказывая все более осязаемое

воздействие на становление личности подростка, Систематизация имеющихся данных позволила констатировать, что психологические особенности личностного развития подростков с нарушенным зрением характеризуются наличием некоторых нарушений, ограничивающих процесс их социализации. Неравномерность и разновременность созревания эмоционального, физического и интеллектуального развития подростков, приводящие к подростковым кризисам, усугубляются у детей с нарушенным зрением. Переживание своего дефекта и его последствий приводит к дисгармоничному развитию личности подростка, к более глубоким переживаниям, обращенным к своему настоящему и будущему. Психофизиологические новообразования, когнитивная перестройка и изменение социального статуса детей с нарушениями зрения являются факторами, ограничивающими адаптационные возможности. Исследования, раскрывающие специфику, особенности и закономерности личностного развития при нарушенном зрении указывают на изменения в мотивационно-потребностной сфере, неадекватное самовосприятие, снижение коммуникативных возможностей, различные психоэмоциональные расстройства. Нарушения в аффективно-коммуникативной сфере у подростков с нарушенным зрением проявляются в снижении эмоциональности, деформации детской личности в сторону обособления, в поверхностности чувств. По мнению А.М. Виленской учащиеся не умеют вести диалог, слушать своего собеседника. Трудности в сфере коммуникативности, по мнению А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, связаны со спецификой контактов в условиях детского интернатного учреждения. Подчеркивается слабо выраженная способность самостоятельно ориентироваться в направленности и характере эмоциональных отношений с окружающими, недостаточно полное восприятие эмоциогенных факторов общения и т.д. Отмечая социальную сущность дефекта, Л.С. Выготский утверждал, что органический дефект обуславливает некоторые изменения личности - появление специфических социальных установок, сужение и перестройка интересов, потребностей и т.д. (А.Г. Литвак, А.И. Суславичус). В ходе изучения психического развития детей с нарушениями зрения были выявлены значительные трудности в приеме и переработке получаемой извне информации, что замедляет процесс познания (Л.И. Солнцева, А.Г. Литвак). Сокращение информационного потока осложняет процесс восприятия, что сказывается на уровне развития представлений ребенка. М.И. Земцова, А.И. Зотов, В.П. Ермаков, В.Ю. Карвялис отмечают, что представления подростков с нарушенным зрением об окружающем мире, о многообразии природы и социальной жизни гораздо беднее, чем у нормально видящих сверстников. Следует отметить, что и степень зрительных нарушений оказывает влияние на самосознание личности. Так наличие частичного дефекта в отличие от тотального обычно не осознается школьником в полной мере. С этим связана и неадекватность представлений о себе в целом (Р.М.Боскис, Т.А. Власова, В.А. Лонина, В. Висшоп, Дж. Давис, И. Гайлене, А.И. Суславичус и др.). Наше исследование проводилось на базе Курского музыкального колледжа-интерната, на

младших курсах. Целью данного исследования стало выявление и анализ особенностей межличностных отношений у студентов. Проведенное нами исследование позволило выявить следующие особенности межличностных отношений, характерные для студентов, обучающихся в музыкальном колледже: отсутствие существования зависимости между степенью снижения зрения и социальным статусом у студентов, т.к. в колледже студенческие группы являются однородными, у всех студентов присутствуют зрительные нарушения; совпадение официального и неофициального статуса лидера в группе лиц имеющих нарушение зрения, что является нехарактерным для лиц с нормальным зрением, т.к. в коллективе лиц с нарушением зрения высокий социальный статус имеют те студенты, которые социально адаптированы; наличие высокого уровня тревожности приводящего к снижению социометрического статуса учащегося в группе, чем выше уровень тревожности, тем ниже самооценка и тем хуже положение учащегося в группе; сопровождение высокого социометрического статуса индивида в группе коллективистическим восприятием (индивид воспринимает группу как самостоятельную ценность, проявляется потребность в коллективных формах работы); наличие зависимости социометрического статуса от возраста индивида (чем старше индивид, тем выше у него социометрический статус). Наиболее благоприятен социометрический статус лиц в возрасте от 20 до 30 лет. Очевидно, это связано с тем, что у них к этому времени завершается процесс психологической и трудовой адаптации, накапливается положительный опыт общения в коллективе.

При отсутствии своевременной и качественной психолого-педагогической помощи происходит трансформация отдельных признаков психологического неблагополучия (личностных реакций на потерю зрения) в устойчивые психические состояния, которые в дальнейшем приводят не только к существенному ухудшению психического благополучия, но и накладывают отпечаток на всю систему жизнедеятельности человека. Кроме того, утрата зрения, вызывая полный отказ от прежнего жизненного стереотипа или значительно изменяя его, приводит к реконструкции личности инвалида. В результате нашей работы мы разработали систему коррекционных упражнений, направленных на улучшение климата в группе, сплочения коллектива. Данная система упражнений предназначены для работы с учащимися с нарушением зрения. Она включает в себя следующие блоки: Упражнения на эмоциональный и физический «разогрев». Их цели: снятие напряжения участников тренинга путем вовлечения их в групповое физическое действие; создание в группе атмосферы взаимной ответственности, эмоциональной свободы, радости от коллективного успеха; объединение участников для решения задачи на основе партнерства; интеграция группы за счет осознания необходимости постоянной включенности в совместную деятельность и чувства взаимной ответственности членов команды. Упражнения на развитие вербальной и невербальной коммуникации. Их цели: выработка умения отбора необходимого материала из потока информации, концентрироваться на партнере; развитие памя-

ти и аудиальных возможностей восприятия; развитие умения эффективной вербальной коммуникации и передачи переживаемых эмоций. Игры и упражнения на интеграцию тренинговой группы, партнерское взаимодействие. Их целями являются: создание в группе атмосферы эмоциональной свободы, открытости, дружелюбия и доверия друг к другу; оказание помощи участникам в узнавании друг друга, сохранения дистанции в общении; введение в коллективное понимание группы готовности говорить об эмоциях и чувствах. Обратная связь и ее функции в коммуникации. Целями этого блока являются: демонстрация участникам тренинга субъективного значения термина "психологическая дистанция" и его важности в коммуникации; оказание помощи участникам тренинга в формировании и закреплении навыков самоанализа процессов общения с целью самопознания и эффективной коммуникации.

Таким образом, анализ зарубежной и отечественной тифлопсихологической литературы показал наличие как общих с нормативным развитием закономерностей, так и ряд специфических особенностей в развитии когнитивной сферы, становлении личности подростка с нарушенным зрением. Очевидно, что дефекты зрения нарушают взаимодействия человека со средой. Однако при организации своевременной квалифицированной психолого-педагогической помощи основные отклонения в личностном развитии подростков с нарушенным зрением могут быть скомпенсированы.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: Наука, 1994.
2. Бодалев А.А. Личность в общении. – М.: Педагогика, 1983.
3. Буева Л.П. Человек: Деятельность и общение. – М.: Мысль, 1978.
4. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: «Лань», 2003.
4. Зальцман Л.М. Формирование коммуникативной компетентности незрячих детей средствами невербального общения. // Дефектология. – 2002. – № 4 – С. 46–51.
5. Золотнякова А.С. Проблемы психологического общения. – Ростов-на-Дону, 1976.
6. Каган М.С. Человеческая деятельность. – М.: Политиздат, 1974.
7. Леонтьев А.А. Психология общения. - Тарту, 1974.
8. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. - СПб.: РГПУ им. А.И. Герцина, 1998.
10. Корнилова И.Г. Личностное своеобразие и его роль в процессе социализации подростков с потерей зрения // Дефектология. – 2001. – № 2. – С. 3-13.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ
ЗАНЯТИЙ С ДОШКОЛЬНИКАМИ В УСЛОВИЯХ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Антопольская Т.А., Байбакова О.Ю.

Курский государственный университет,
Курский институт непрерывного профессионального образования,
г. Курск, Россия

Современные образовательные программы для детей дошкольного возраста предполагают освоение детьми значительного объема содержания из различных предметных областей, что способствует возникновению риска дублирования школьного образования, перегрузке дошкольников, снижению самооценности детства и утраты мотивации к дальнейшему обучению. Для реализации преемственности между дошкольным звеном и начальной школой сегодня необходимо качественная подготовка ребенка, которая не исключает формирование знаний, умений и навыков в предметных областях. Поэтому существует проблема, связанная с организацией обучения дошкольников и сохранения их психического здоровья.

В практике работы педагогов наблюдается тенденция переноса традиций школьного обучения в дошкольную образовательную среду. Это связано с разработанностью проблемы современного урока и недостаточным пониманием отличительных особенностей занятия, как одной из форм организации познавательной деятельности ребенка дошкольного возраста. Особенно остро эта проблема проявляется при подготовке ребенка к школе в условиях учреждений дополнительного образования детей.

Психолого-педагогический портрет ребенка, завершившего обучение на дошкольной ступени, предполагает сформированность следующих личностных качеств: любознательности, инициативности, произвольности, самостоятельности, открытости к взаимодействию с окружающим миром. Такой результат требует особых условий в образовательной среде, в которой не последнее место занимает занятие. Профессиональные трудности в данном аспекте деятельности связаны с низкой психологической подготовленностью педагогических работников.

В Курске существует инновационный опыт организации дошкольного обучения в условиях учреждения дополнительного образования детей в Центре творческого развития «Диалог», успешность которого обеспечена объединением педагогических и психологических кадровых ресурсов и наличием научно-методического сопровождения образовательного процесса. Так, психологи Центра при первичном знакомстве с ребенком и его семьей изучают его готовность к посещению групповых занятий. Для тех, кто такой готовностью не обладает проводятся индивидуальные занятия или занятия в микрогруппах, с последующим переходом в полноценную группу. Главное предотвратить неуспех ребенка и минимизировать психотравмирующие факторы при включении ребенка в систематическое обуче-

ние. Это позволяет снизить факторы риска нарушения психического здоровья обучающихся.

В Центре разработаны методические рекомендации по организации и проведению занятий с детьми дошкольного возраста для всех специалистов (педагогов по обучению основам чтения и письма, по формированию элементарных математических представлений, по изобразительной деятельности, инструктора по физическому воспитанию, музыкального руководителя, логопеда, педагога-психолога).

Одно из первых требований к проведению занятий с дошкольником – это знание и учет их психофизиологических особенностей (опора на образы, положительные эмоции, полисенсорное воздействие, использование преимуществ двигательной активности, невербальных способов коммуникаций и внешней речи).

Приоритет в занятии отдается игровой деятельности, которая имеет принципиальное отличие от ее реализации в школьном обучении. Игра для дошкольника является объектом обучения, а для младшего школьника средством (В.И. Панов). Иначе, ребенок, умеющий играть, владеет предпосылками учебной деятельности. В процессе игровой деятельности дошкольник осваивает различные позиции во взаимодействии с другими: принимает правила игры педагога, предлагает собственную игру, участвует в игре, предложенной сверстниками. Потенциал детской игры обеспечивает также формирование способов учебной деятельности в естественной среде жизнедеятельности: умение действовать по образцу, умение действовать по правилу, точно выполнять инструкцию.

Мы разделяем позицию Н.Ф. Виноградовой о необходимости интегративного подхода к проведению занятия с дошкольниками. Узкая предметная направленность мешает целостному восприятию мира ребенком, делает его образование искусственным, не дает возможности переноса полученных умений в принципиально другую ситуацию. В связи с этим занятие для ребенка не должно иметь ярко выраженных этапов, а восприниматься как целостное действие, наполненное разнообразным содержанием, соотносимым с его жизненным опытом. Данный подход направлен на предупреждение утомления и переутомления детей и позволяет сохранять мотивацию к обучению и удерживать познавательный интерес.

Каждый педагог нацеливается на творческую самореализацию в выработке собственных ритуалов занятия. Так, например, существуют традиционные ритуалы: начало и окончание занятия, подведение итогов, оценки деятельности детей, отдыха и др. Использование ритуалов на занятии позволяет детям обучаться приемам саморегуляции, создает условия для психологической защищенности, равномерного распределения волевых усилий, оптимизирует чередование отдыха и работы дошкольника.

Особое внимание уделяется безопасной оценочной политике педагога по отношению к деятельности ребенка. Категорически исключаются любые эквиваленты отметки («звездочки», «тучки», «треугольники», «фишки»). Мы придерживаемся принципов, выдвинутых Г.А. Цукерман:

«на ложку дегтя – бочку меда», «за двумя зайцами погонишься...», «в море неуспеха найти островок благополучия» и др.

На занятии ребенок реализует себя как субъект учебной деятельности и первооткрыватель собственного мира: он имеет возможность задавать вопросы, выдвигать гипотезы, проверять их, вести наблюдение за различными объектами и явлениями окружающего мира, строить собственные рассуждения и доказательства. Для этого педагогу необходимо быть компетентным в создании проблемных ситуаций, «учебных коллизий», «ловушек». Помимо эффективного обучения такой подход к организации деятельности дошкольника снимает страх перед ошибкой, обеспечивает ситуацию успеха каждому, стимулирует развитие творческих способностей. Особенность организации взаимодействия педагога с группой заключается с одной стороны в личностно-индивидуальном взаимодействии с ребенком, с другой стороны в включении его в коллективные формы сотрудничества (работа в парах, работа в малых группах), что также обеспечивает становление его как субъекта совместной деятельности.

Составляющей каждого занятия является различные виды гимнастик: дыхательная, артикуляционная, пальчиковая, психогимнастика, а также музыкальные и физкультурные минутки. Дети учатся выполнять специальные упражнения, как под руководством педагога, так и самостоятельно по мере потребности в них. Эти небольшие по продолжительности моменты занятия формируют у ребенка умение регулировать собственное психическое состояние, например, снимать мышечную усталость рук при раскрашивании и письме, бороться с раздраженностью и агрессией. Для детей с особыми потребностями вводится индивидуальный режим двигательной активности. Целесообразно при планировании занятия его третью часть проводить не за столами, а в игровой зоне.

Одним из ведущих критериев эффективности занятия является сохранение у ребенка положительного отношения к себе, педагогу, сверстникам, познавательной деятельности и к окружающему миру в целом.

КРИТЕРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Баркова В.Л.

Курский институт социального образования (филиал РГСУ),
г. Курск, Россия

Современные реалии профессиональной деятельности вносят свои требования, предъявляемые к личности специалиста. Особый уровень интенсивности и регламентируемости характеризует деятельность современного государственного служащего. Становится очевидным, что профессиональное здоровье специалиста обеспечивает эффективность его деятельности

Критерии профессионального здоровья государственных служащих:

1. Социально-психологическая адаптация государственных

служащих.

2. Структура мотивации профессиональной деятельности государственных служащих.

3. Ценностно-смысловая сфера государственных служащих.

4. Удовлетворенность как критерий профессиональной деятельности государственных служащих.

Объектом исследования выступают критерии профессионального здоровья государственных служащих (сотрудников Управления Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии по Курской области).

Целью исследования изучение критериев профессионального здоровья государственных служащих (сотрудников Управления Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии по Курской области).

Задачи:

1. Исследование социально-психологической адаптации государственных служащих.

2. Исследование структуры мотивации профессиональной деятельности государственных служащих.

3. Исследование ценностно-смысловой сферы государственных служащих.

4. Исследование удовлетворенности как критерия профессиональной деятельности государственных служащих.

Методологической основой нашей работы явились теории деятельностного подхода С.Л. Рубинштейна (1949); А.Н. Леонтьева (1974); исследования стрессоустойчивости: Г. Селье (1936); Р. Лазаруса (1970); А.С. Славиной (1966); Ф.Б. Березиной (1988); М.И. Дяченко и В.А. Пономоренко (1990); А.А. Реана (1995); исследования мотивации деятельности: К. Левина (1926); Х. Хекхаузена (1956); Л.И. Божович (1972); В.К. Вилюнаса (1984); А.А. Реана (1990).

Организация исследования осуществлялась с помощью метода поперечных срезов. Эмпирическую группу методов составили:

Организация исследования: в исследовании приняло участие 148 государственных служащих, из них 58 мужчин и 90 женщин. В выборку вошли представители следующих должностей: ведущий специалист (38 испытуемых), старший специалист (85 испытуемых), младший специалист (25 испытуемых); стаж работы государственных служащих, принявших участие в исследовании, - до 1 года (23 испытуемых); от 1 года до 5 лет (53 испытуемых), от 5 до 10 лет (53 испытуемых), свыше 10 лет (33 испытуемых); возраст испытуемых - 20-30 лет (44 испытуемых), 30-40 лет (57 испытуемых), 40-50 лет (27 испытуемых); свыше 50 лет (20 испытуемых).

Результаты исследования

1. Социально-психологическая адаптация – это процесс перестройки системы поведения личности в соответствии с изменяющимися условиями внешней ситуации.

Социально-психологическая адаптация – интегративный показатель, отражающий общее принятие и ценность отношений в организационной структуре. Показатели социально-психологической адаптации государственных служащих по организации в целом соответствуют высокому уровню, что соответствует гибкой перестройке системы поведения сотрудников в новой ситуации.

В системе государственной службы СПА характеризует потенциальные возможности специалистов быстро и эффективно включаться в новые виды деятельности, выполнять новые функциональные обязанности; включаться в структурно-организационные изменения в системе государственной службы без потери эффективности профессиональной деятельности.

Анализ социально-психологической адаптации (СПА) по группам должностей свидетельствует: СПА младших специалистов соответствует высокому уровню и характеризуется тенденцией к возрастанию при повышении должности. У старших специалистов уровень социально-психологической адаптации соответствует высокому уровню и характеризуется тенденцией к возрастанию при повышении должности. У ведущих специалистов уровень социально-психологической адаптации соответствует высокому уровню.

Уровень социально-психологической адаптации государственных служащих по гендерному признаку соответствует одинаково высоким показателям у мужчин и у женщин.

Выявлено противоречие в показателях социально-психологической адаптации государственных служащих: чем больше длительность работы в данной организации, тем ниже общий уровень социально-психологической адаптации государственных служащих. Высокий уровень социально-психологической адаптации отражается на эффективности профессиональной деятельности.

Государственные служащие с длительностью работы в организации свыше 5 лет характеризуются увеличением длительности периода «вработываемости» при освоении новых функциональных обязанностей и незначительном снижении эффективности профессиональной деятельности при структурно-организационных изменениях в системе государственной службы на этапе приспособления к изменениям.

2. Структура мотивации профессиональной деятельности государственных служащих состоит из трех компонентов: 1) внутренняя мотивация, включающая личные интересы, цели, ценности, стремления; 2) внешняя положительная мотивация, включающая материальный уровень оплаты труда, статус организации, престиж должности, стремление соответствовать ожиданиям других; 3) внешняя отрицательная мотивация,

включающая стремление к избеганию неудач, боязнь критических замечаний, боязнь не оправдать ожидания других.

В структуре мотивации профессиональной деятельности государственных служащих по организации в целом преобладает внешняя положительная мотивация. В качестве мотивов выступают внешние факторы: уровень оплаты, статус организации, престиж должности.

По группам должностей государственных служащих в структуре мотивации профессиональной деятельности также преобладает внешняя положительная мотивация. Отмечается возрастание уровня выраженности по всем параметрам структуры мотивации профессиональной деятельности государственных служащих при повышении уровня должности.

В структуре мотивации профессиональной деятельности государственных служащих у мужчин внешняя отрицательная мотивация представлена значимо ниже, чем у женщин.

Выявлена положительная динамика мотивации деятельности государственных служащих в профессиональной деятельности: чем больше времени специалист работает в структуре, тем выше внутренняя мотивация.

3. Ценностно-смысловая сфера специалиста отражает общее отношение к профессиональной деятельности, ее личностную значимость и отношение к той системе, в которой она реализуется. Ценностная сфера включает в себя материальные ценности, социальные ценности и ценности саморазвития.

Ценностная сфера государственных служащих по организации в целом характеризуется преобладанием материальных ценностей и ценностей саморазвития.

По группам должностей государственных служащих в системе ценностей у младших специалистов значимость материальных ценностей и социальных ценностей ниже по сравнению со старшими и ведущими специалистами, а значимость саморазвития повышается.

При увеличении длительности работы в организации также происходит снижение значимости материальных ценностей, социальных ценностей и ценностей саморазвития. Такая тенденция может свидетельствовать как о том, что группа материальных ценностей занимает не первое место в системе ценностей, так и о существовании внедеятельностных сфер удовлетворения материальных ценностей.

В системе ценностей государственных служащих по гендерному признаку различий в проявлении параметров ценностно-смысловой сферы выявлено не было.

Смысловая сфера оценивалась по общей осмысленности жизни, включающей в себя: осмысленность профессиональной деятельности, осмысленность обучения и образования, осмысленность семейной и общественной жизни.

Общая осмысленность по группам должностей государственных

служащих у специалистов младшей группы должностей соответствует высокому уровню и характеризуется повышением при повышении должности. У старших специалистов общая осмысленность также соответствует высокому уровню и возрастает при повышении уровня должности.

При увеличении длительности работы в организации общая осмысленность, характеризующаяся осмысленностью профессиональной деятельности, осмысленностью обучения и образования, осмысленностью семейной и общественной жизни, возрастает.

Эгоцентризм характеризует такую позицию личности, согласно которой в центре всего мироздания находится его собственное «Я».

Уровень эгоцентризма государственных служащих по организации в целом соответствует низким значениям (у женщин показатели эгоцентризма значимо выше, чем у мужчин).

По группам должностей государственных служащих у специалистов младшей группы должностей уровень эгоцентризма соответствует низким значениям и характеризуется снижением при повышении уровня должности. У старших специалистов уровень эгоцентризма также соответствует низким значениям и характеризуется снижением при повышении уровня должности.

В зависимости от длительности работы в организации при длительности работы от года до 5 лет и свыше 10 лет уровень эгоцентризма возрастает, но при этом не выходит за рамки средних значений.

Выявлено личностное противоречие между низким уровнем эгоцентризма и высоким уровнем самопринятия. Данное противоречие свидетельствует о том, что государственные служащие не стремятся быть в центре внимания, а принимают себя в той социальной роли и должностной позиции, которую они имеют. Однако это входит в противоречие со стремлением к профессиональному и карьерному росту. Данная тенденция зачастую свидетельствует о потенциальной вероятности межличностных конфликтов.

4. Удовлетворенность – критерий общего эмоционально-мотивационного отношения специалиста к выполняемой профессиональной деятельности. Удовлетворенность профессиональной деятельностью характеризует эмоциональное состояние специалиста, вызванное соотношением между уровнем притязаний (то, чего я хочу добиться) в данной профессиональной деятельности и его достижениями (то, чего человек реально достиг в данной профессиональной деятельности).

Уровень удовлетворенности профессиональной деятельностью государственных служащих по организации в целом свидетельствуют о неполной удовлетворенности профессиональной деятельностью, что согласуется со средним уровнем субъективного благополучия государственных служащих. Полученные данные свидетельствуют о том,

что ожидания государственных служащих по отношению к профессиональной деятельности реализуются не в полной мере, что приводит к снижению эмоционально-мотивационного отношения к профессиональной деятельности, и, как следствие, среднему уровню ощущения субъективного благополучия.

По группам должностей удовлетворенность профессиональной деятельностью государственных служащих возрастает при переходе из должности младшей группы в должность старшей группы и снижается при переходе из старшей группы должностей в ведущую группу должностей. Такая динамика удовлетворенности профессиональной деятельностью согласуется с показателями уровня субъективного благополучия.

По гендерному признаку женщины характеризуются более высокими показателями по уровню удовлетворенности профессиональной деятельностью и по уровню субъективного благополучия по сравнению с мужчинами.

По уровню удовлетворенности профессиональной деятельностью и субъективного благополучия государственных служащих с различной длительностью работы в организации результаты следующие: при длительности работы до 10 лет показатели по обоим параметрам возрастают, а при длительности работы в данной организации свыше 10 лет как удовлетворенность, так и уровень субъективного благополучия государственных служащих снижается.

Описанные особенности удовлетворенности профессиональной деятельностью и уровня субъективного благополучия государственных служащих, характеризующие эмоциональное отношение сотрудников к профессиональной деятельности, являются закономерными. У специалистов, занимающих должности младшей группы, есть перспектива карьерного роста, которая отражает содержание уровня притязаний (потенциальная возможность перейти на должность старшей или ведущей группы). Специалисты старшей группы также имеют потенциальную возможность перейти на должность более высокого статуса (ведущая группа должностей), что отражается в неполной удовлетворенности профессиональной деятельностью и среднем уровне субъективного благополучия. У специалистов ведущей группы должностей снижение уровня удовлетворенности профессиональной деятельностью и субъективного благополучия связано с ограничением перспектив и возможностей карьерного и профессионального роста объективными факторами.

Выявлено противоречие между мотивацией на профессиональное развитие и средним уровнем удовлетворенности. Устранение данного противоречия предполагает активацию внутренней ротации государственных служащих и особенно для старших специалистов с длительностью работы от 1 года до 5 лет.

ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА

*Беликов Л.Н., Чернятина М.А., Савчук О.Ф., Гладченко М.П.,
Алфёрова Е.Н.*

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Городская больница скорой медицинской помощи,
г. Курск, Россия

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей и/или тромбоз эмболия легочной артерии (ТЭЛА) в настоящее время объединены в понятие венозный тромбоз эмболизм вследствие причинно-следственных связей.

Венозный тромбоз эмболизм представляет серьезную не только медицинскую, но и социальную проблему из-за следующих негативных факторов. Во-первых, из-за огромного числа больных, страдающих этим заболеванием. Так, по данным В.С. Савельева в России ежегодно регистрируется около 250 тыс. случаев тромбозов глубоких вен с развитием ТЭЛА у каждого третьего больного [2, 31]. При этом тромбоз эмболические осложнения занимают третье место по частоте причин смерти среди сердечно-сосудистых заболеваний после ИБС и инсульта [3, 82].

Во-вторых, из-за большого количества рецидивов, которые по данным Ю.Л. Шевченко и соавт., развиваются в 21-34% случаев тромбоза глубоких вен и 15% случаев ТЭЛА [4, 251]. Ряд больных переносят в течение первых пяти лет несколько тромбоз эмболических эпизодов.

В-третьих, 45-95% больных, перенесших тромбоз глубоких вен, страдают декомпенсированными формами ХВН, что ведет у 75% больных к стойкой утрате трудоспособности и огромным затратам на их лечение [1, 218].

Несмотря на внедрение миниинвазивных хирургических технологий профилактики и лечения венозного тромбоз эмболизма (эндоваскулярные вмешательства, пликация и перевязка магистральных вен нижних конечностей, тромбэктомия), основным методом лечения остается антикоагулянтная терапия [6, 336].

Целью исследования является изучение основных аспектов эффективности и безопасности дабигатрана этексилата в лечении больных с венозным тромбоз эмболизмом, оценить процесс реканализации глубоких вен с учетом наличия факторов риска (курение).

Нами проведен анализ комплексного обследования и лечения 25 пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии МУЗ ГКБ СМП г. Курска в 2006-2009 гг. Мужчин было 17 (68%), женщин – 8 (32%), из них активные курильщики 1 женщина (4%) и 9 мужчин (36%). Возраст больных колебался от 21 до 85 лет и составлял в среднем $52,2 \pm 2$ года. Средняя длительность заболевания до момента поступления в стационар составила $5,4 \pm 2,5$ суток. Критериями включения в исследования были: одно или двусторон-

ний острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей с вовлечением проксимальных вен без/или в сочетании с ТЭЛА, возраст больных старше 18 лет, длительность заболевания не выше 2 недель, согласие больного на участие в исследовании. Критерии исключения: ТЭЛА с нестабильной гемодинамикой, требующая немедленного проведения тромболизиса и постановки кава-фильтра; наличие противопоказаний к антикоагулянтной терапии; тяжелые сопутствующие заболевания сердца, печени и почек в стадии декомпенсации.

При поступлении больным выполнялись рутинные клинические и биохимические анализы крови и мочи и ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей. Для исключения симптомной и асимптомной ТЭЛА всем больным при поступлении выполняли спиральную компьютерную томографию легких с болюсным усилением. Больные получали дабигатран этексилат по 150 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев. Прием дабигатрана не требовал коррекции дозы и контроля за состоянием гемостаза, так как, являясь прямым ингибитором тромбина, дабигатран обладает стабильным антикоагулянтным действием [5, 336].

По данным ультразвукового ангиосканирования вероятность развития ТЭЛА обнаружена у 2 (8%) больных с распространенным характером тромботического процесса. Флотирующий тромб находился в бедренной вене. Во всех случаях длина свободной части тромба не превышала 4 см. В течение первых трех суток после начала антикоагулянтной терапии верхушка тромба фиксировалась к стенке вены, что подтверждено данными контрольных ультразвуковых исследований. При динамическом ультразвуковом контроле роста тромба в процессе лечения не зарегистрирован ни у одного больного. При спиральной компьютерной томографии легких ТЭЛА выявлена у 3(12%) больных.

Рецидивирующая ТЭЛА на фоне ретромбоза глубоких вен развилась у 1 (4%) больного, что подтверждено данными компрессионного УЗИ вен нижних конечностей и СКТ и потребовало имплантации кава-фильтра. У данного пациента после дообследования была выявлена тромбофилия. Кровотечения развились 3 (12%) пациентов. Во всех случаях они были клинически незначимые и не требовали отмены препарата и проведения гемостатической терапии. У 1 (4%) больного в процессе лечения зарегистрировано клинически значимое повышение печеночных проб, не потребовавшее отмены препарата, со снижением и нормализацией показателей при контрольных исследованиях, что было обусловлено злоупотреблением алкоголя. Через 6 месяцев после окончания лечения при ультразвуковом ангиосканировании вен нижних конечностей полная реканализация тромбированных вен развилась у 7 (28%) пациентов, частичная реканализация – у 10 (40%), сохранение окклюзии хотя бы в одном из венозных сегментов – у 8 (32%). Отмечено, что у курильщиков процессы реканализации глубоких вен протекают более медленно и частота развития окклюзионных форм выше, чем у не курящих пациентов.

Таким образом, у больных с тромбозов глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА дабигатран этексилат в дозе 150 мг 2 раза в сутки в течение 6 месяцев эффективно предупреждает рост тромба и рецидив заболевания, ускоряет процессы реканализации тромбированных вен. У активных курильщиков процессы реканализации глубоких вен протекают медленнее, чем у пациентов, не страдающих никотиновой зависимостью.

Список литературы

1. Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М.: Медицина, 2004, Т. 2. – 888 с.
2. Савельев В.С. Флебология. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
3. Сапелкин С.В. XVI Всемирный конгресс международного союза флебологов – обзор материалов конгресса // Ангиология и сосудистая хирургия.- 2009. - № 4. – С. 81-85.
4. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткин М.И. Основы клинической флебологии. – М.: Медицина, 2005. – 348 с.
5. Eriksson B.I., Dahl O.E., Rosencher N. et al Dabigatran etexilate compared with enoxaparin for the extended prevention of venous thromboembolism following total hip replacement. // Lancet. - 2007. – Vol. 370. – P. 949-956.
6. Geerts W.H., Pien G.F., Heit J.A. et al Prevention of Venous thromboembolism: The Seventh ACCP Conference on antithrombotic Thrombolytic therapy // Chest.-2004.-Vol. 126.- P. 335-400.

ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ

Березовская Р.А.

Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург, Россия

Исследование проблематики здоровья является одним из приоритетных направлений зарубежной и отечественной психологии и составляет основу самостоятельной психологической дисциплины, получившей название психологии здоровья, в рамках которой интерес к проблеме профессионального здоровья с каждым годом становится все более заметным.

Как предмет научного исследования понятие «профессиональное здоровье» впервые появилось в психологической научной литературе в середине 1980-х годов XX века. Но несмотря на довольно широкий спектр теоретических подходов, содержательно связанных с изучением феномена профессионального здоровья специалиста, эта проблема не получила пока целостного и систематического научного анализа как в отечественной, так и в зарубежной психологии. Весомый вклад в разработку названной проблемы может внести психология профессионального здоровья (occupational health psychology) как новое научно-практическое направление, кото-

рое возникло и развивается на стыке таких прикладных дисциплин как психология здоровья, организационная психология и психология труда [1].

Психология профессионального здоровья изучает психологические, социальные и организационные аспекты сложного динамического взаимодействия между здоровьем человека и работой [4]. Гуманистический характер нового научно-практического направления связан с обеспечением безопасности и надежности профессиональной деятельности, повышением ее эффективности, созданием здоровых рабочих мест, повышением качества профессиональной жизни, а также обеспечением профессионального долголетия [1, 4].

Важным для теории и практики психологии здоровья представляется рассмотрение существующих в настоящее время основных направлений исследования здоровья работающего человека, а также определение ближайших перспектив развития психологии профессионального здоровья.

Целью нашего исследования является теоретико-методологический анализ современных зарубежных и отечественных научных работ, отражающих состояние изученности обозначенной выше проблемы.

Для решения поставленных задач использовались различные подходы: сравнительный анализ существующих в зарубежных университетах учебных планов подготовки специалистов в области психологии профессионального здоровья; обзор научных публикаций в ведущих международных специализированных журналах; а также результаты экспертных оценок.

Так, анализ содержания учебных планов одиннадцати магистерских программ по психологии профессионального здоровья, реализуемых в университетах США, позволил выделить шесть наиболее часто встречающихся тем, а именно: надежность профессиональной деятельности и здоровье; теория стресса в профессиональной деятельности; организационные факторы риска и заболеваемость; физические и психологические последствия высокого уровня профессионального стресса; программы снижения уровня стресса на рабочем месте; а также основные методы исследования и подходы к разработке программ организационного вмешательства в сфере общественного/профессионального здоровья и эпидемиологии [3].

Сходные результаты были получены и в результате изучения и систематизации основных вопросов, которые рассматривались в научных работах, опубликованных в журнале «Психология профессионального здоровья» за одиннадцать лет с 1996 по 2007. Было выделено семь обобщенных направлений исследований: стресс; выгорание; связь работы, семьи и личной жизни; агрессия и насилие на работе; надежность и безопасность профессиональной деятельности; вопросы занятости; здоровье [7].

Приведем также результаты другого исследования, в котором анализировались статьи, представленные в названном выше журнале. В нем рассматривались не столько темы работ, сколько их соответствие основным задачам психологии профессионального здоровья как научно-практического направления: укрепление профессионального здоровья и

повышение эффективности функционирования организации. Установлено, что 24% от общего количества рассматриваемых публикаций (n=191) составляют работы, посвященные проблемам стресса в профессиональной деятельности. На втором месте по частоте встречаемости (13%) исследования последствий действия различных негативных факторов организационной среды (например, утомление, ролевые конфликты, выгорание, отсутствие гарантий занятости, сексуальные преследования и другие). В сумме названные темы составляют более трети исследований [5].

К сожалению, в России до сих пор нет специализированных изданий по психологии профессионального здоровья. Тем не менее, нами был проведен контент-анализ содержания первого и пока единственного учебника на русском языке по психологии профессионального здоровья [1], результаты которого позволяют говорить об аналогичной тенденции, т.е. о преобладании таких вопросов как психология стресса, организационные факторы риска, профессиональные вредности и патологии, профессиональные деформации деструкции, выгорание, и другие.

Перейдем теперь к рассмотрению результатов экспертной оценки. Одно из таких исследований было проведено в университете Хьюстона (США). Для уточнения важности и актуальности с точки зрения практики тех или иных направлений научных исследований в качестве экспертов были привлечены менеджеры по персоналу, а также представители профсоюзных организаций. Экспертам был предложен перечень из тем, сформулированных на основе анализа литературы и практики кадрового менеджмента в американских организациях. Результаты исследования показали, что наибольший интерес для менеджеров по персоналу представляют такие вопросы как: несчастные случаи; физическое и психологическое благополучие; безопасность; обучение и развитие; лояльность персонала; присутствие на работе и заболеваемость; изменение технологий; работа в команде и вред, наносимый работой. Представители профсоюзов в качестве наиболее значимых тем назвали профессиональный стресс, обеспеченность работой, увольнения и рабочую нагрузку [9].

В Европе также предпринимались попытки систематизировать представления о наиболее актуальных вопросах психологии профессионального здоровья, используя метод экспертных оценок. Так, например, опрос преподавателей и исследователей в университете Ноттингема позволил выделить пять приоритетных направлений исследований, а также вопросы, которые могут стать актуальными в ближайшем будущем: психическое здоровье и связанные с ним проблемы (депрессия, стресс и тревога); отсутствие на работе в связи с болезнью (мониторинг, менеджмент, возврат к работе, реабилитация); заболевания костно-мышечного аппарата; вовлечение и консультирование малых и средних организаций; оценка эффективности программ организационного вмешательства [6].

В этом же исследовании в качестве экспертов были привлечены «практики», работающие в сфере охраны профессионального здоровья, которые отметили актуальность следующих вопросов: проблемы психиче-

ского здоровья; особенности использования нормативных документов и соблюдение соответствующих стандартов по вопросам управления стрессом на рабочем месте; анализ существующих рисков; планирование профилактических мероприятий; работники-иммигранты и мигранты; новые виды занятости (дистанционная работа, гибкий график занятости); баланс между работой и личной жизнью [6].

Таким образом, подводя итоги представленных выше исследований, следует отметить, среди основных направлений психологии профессионального здоровья существенное место занимают проблемно-ориентированные вопросы, в то время как целью названного направления является использование психологических знаний для улучшения качества профессиональной жизни, обеспечения безопасности деятельности, сохранения и укрепления здоровья и психологического благополучия работающих людей. Другими словами, с точки зрения теории в центре внимания находятся позитивные аспекты психологического обеспечения профессионального здоровья, а на практике мы наблюдаем обратную картину: большинство эмпирических исследований выполнены в рамках так называемого «4Ds» подхода, который рассматривает такие негативные аспекты профессионального здоровья человека как различные заболевания (Disease), дисфункции (Dysfunction), нарушения и расстройства (Disorder), а также причиняемый здоровью вред (Damage).

Явно выраженный «перекос» в сторону изучения негативных аспектов профессионального здоровья в психологии нуждается в исправлении. Следует отметить, что современное состояние наук о здоровье, как в России, так и за рубежом характеризуется постепенной сменой оздоровительной парадигмы: акцент переносится на пропаганду способов сохранения и укрепления здоровья. При этом наблюдается соответствующее изменение вектора интереса исследователей от анализа различных атрибутов болезни к изучению профессионального здоровья и факторов его формирования, среди которых особое место занимают вопросы исследования оптимального функционирования работающего человека. Как следствие описанной выше тенденции, на протяжении последних лет в рамках психологии профессионального здоровья активно развивается такое направление как позитивная психология профессионального здоровья (positive occupational health psychology). Объектом исследований и практики нового направления являются сильные стороны человека, его позитивный потенциал, благополучие и здоровое (оптимальное) функционирование, а также возможности достижения этого благополучия на уровне конкретной личности, группы или организации в целом [2, 8]. В круг интересов позитивной психологии профессионального здоровья входят исследования увлеченности работой; психологического благополучия; счастья в деятельности и состояния «потока»; психологического капитала; внутренней мотивации и самодетерминации; проактивного поведения; изучение смысловых жизненных ориентаций и другие.

Рассматривая проблему профессионального здоровья, мы неизбежно сталкиваемся с многозначностью этого понятия. Причины многозначности связаны, главным образом, с широким спектром его использования. Анализ современных психологических исследований показал, что в настоящее время в научном сообществе еще не сложилось общее мнение о том, какое содержание следует вкладывать в понятие профессиональное здоровье: нет четкого определения термина «профессиональное здоровье», отсутствует единая точка зрения на критерии его оценки. Вероятнее всего, это следует признать нормальным положением, исходя, прежде всего, из сложности самого феномена профессионального здоровья. Кроме того, психология профессионального здоровья скорее всего еще не достигла того уровня развития, когда категории, понятия, термины и определения имеют однозначное толкование.

Среди основных направлений исследований профессионального здоровья ведущее положение в настоящее время занимает тема психологии профессионального стресса: оценка социально-психологических и организационных рисков, оценка и мониторинг уровня стресса на рабочем месте, разработка и реализация программ по стресс-менеджменту. Востребованность и необходимость исследований, направленных на изучение вопросов сохранения и укрепления здоровья, а также разработка научно-обоснованных подходов к созданию здоровых рабочих мест, по-прежнему остается во многом скорее декларируемой, чем реально реализуемой как в зарубежной, так и в отечественной психологии. Таким образом, в настоящее время психология профессионального здоровья остро нуждается в изменении «повестки дня» и в переносе акцентов с негативных и проблемных аспектов профессиональной деятельности человека на изучение источников субъективного благополучия человека на рабочем месте.

Список литературы

1. Психология профессионального здоровья / Под ред. Никифорова Г.С. СПб.: Речь, 2006. – 480 с.
2. Bakker, A.B. & Schaufeli, W.B. (2008). Positive organizational behavior: Engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 147 - 154.
3. Barnes-Farrell, J. (2006). History of OHP and education of OHP professionals in the United States, In S. McIntyre & J. Houdmont (Eds.), *Occupational Health Psychology: Key Papers of the European Academy of Occupational Health Psychology (Vol. 7)*, Maia, Portugal: ISMAI Publishers.
4. Houdmont, J., Leka, S., & Bulger, C. (2010). The definition of curriculum areas in occupational health psychology. *European Academy of Occupational Health Psychology Newsletter*, 7, 3–5 (February)
5. Innes, M., & Barling, J. (2003). Putting health back into occupational health psychology. Paper presented at the British Psychological Society Occupational Psychology Conference, Bournemouth, UK (January).

6. Leka, S., Khan, S. & Griffiths, A. (2007). Exploring Training Needs for Health and Safety Practitioners with Regard to Workplace Health Issues, report for the Institution of Occupational Safety and Health, Institute of Work, Health and Organisations: University of Nottingham.
7. Mac ik-Frey, M., Quick, J. and Nelson, D. (2007). Advances in occupational health: From a stressful beginning to a positive future, *Journal of Management*, 33, 809-840.
8. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
9. Tetrick, L. & Ellis, B. (2002). Developing an OHP curriculum that addresses the needs of organizations and labor unions in the USA. In C. Weikert, E. Torkelson & J. Pryce (Eds.), *Occupational Health Psychology: Empowerment, Participation and Health at Work*, Nottingham: I-WHO Publications.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ АЛЕКСИТИМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Богущая Н.К., Ченура О.Я.

Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина

Проблема бронхиальной астмы (БА) является одной из наиболее актуальных в современной педиатрии, что обусловлено ростом ее распространенности, доли тяжелого течения, учащением летальных случаев [1, 130]. Биопсихосоциальная модель исследования адаптации помогает интегрировать медицинские и психологические данные о таком распространенном хроническом заболевании как БА. Согласно этой модели, соматическая предрасположенность к развитию болезни у ребенка взаимодействует с множественными психологическими и психосоциальными факторами [2, 24], и чем менее контролируемая БА, тем большую роль в ее патогенезе играют эти факторы. Не полноценная адаптация к БА может усиливать проявления и стрессовую природу болезни, и, кроме того, существенно ухудшать настроенность к соблюдению требований базисной терапии [3, 12]. Известно, что уровни несоблюдения требований лечения при БА у детей и подростков могут достигать 17-90%, а их негативные последствия включают: увеличение частоты госпитализаций по поводу неотложных состояний, чрезмерные расходы на лечение, возможен летальный исход и т.д. БА относится к классическим психосоматическим заболеваниям. Среди психологических факторов и поведенческих особенностей, влияющих на развитие и прогрессирование БА, наименее исследованной остается такая предрасполагающая к развитию психосоматической патологии личностная характеристика, как алекситимия [4, 302]. Впервые концепция алекситимической личности была сформулирована J. Nemiah и P. Sifneos в 1973 году. Ими была выдвинута гипотеза, согласно которой недостаточное осознание эмоций приводит к фокусированию эмоционального возбуждения

на соматической компоненте, что становится основой для развития психосоматических расстройств. Алекситимия является психологической характеристикой личности, которая определяется следующими когнитивно-аффективными особенностями: тяжестью в определении аффекта идентификации и описания собственных чувств, трудностями в определении различий между чувствами и телесными ощущениями, сниженной способностью к символизации, о чем свидетельствует отсутствие способности к мечтам и фантазиям, фиксацией больше на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [5, 7]. По данным литературы для детей, больных БА, характерен высокий уровень алекситимии [6, 8]. Исследование алекситимии как психологической компоненты и части фенотипа различных по тяжести вариантов течения БА в детском возрасте может повысить эффективность их диагностирования, что, возможно, приведет к более адекватной лечебной тактике и улучшению уровня контролируемости заболевания. По данным литературы последних лет, вопросы оценки тяжести БА и зависимости особенностей ее течения от выраженности алекситимии у пациентов детского возраста, больных БА, являются недостаточно решенными [7, 126].

Целью исследования было изучить уровень алекситимии у детей школьного возраста с тяжелой и среднетяжелой БА и оценить его диагностическую значимость в подтверждении тяжести болезни. Для достижения цели работы методом простой случайной выборки создана группа школьников, больных БА. Обследованные 62 пациентов были разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести заболевания. I (основную) клиническую группу сформировали 32 детей с тяжелым течением БА, а в группу сравнения (II клиническую группу) вошли 30 детей со среднетяжелым течением заболевания [8, 75]. По общеклинической характеристике группы сравнения были сопоставимы. В период ремиссии было проведено комплексное клинико-аллергологическое, спирографическое и психологическое обследование. Исследование неспецифической гипервосприимчивости бронхов проводили с помощью стандартизированного ингаляционного спирометрического теста с гистамином. Показатель лабильности бронхов (ПЛБ) изучали как суммарную величину уменьшения их проходимости в ответ на физическую нагрузку и уменьшение скрытого бронхоспазма после ингаляции сальбутамола (индекс бронходилатации, ИБД). Психологическое тестирование проводилось с соблюдением общих требований после получения информированного согласия пациента и его родителей. Для выявления алекситимии использовали Торонтскую алекситимическую шкалу (по G. Taylor), адаптированную в институте им. В.М. Бехтерева (1994). "Алекситимический" тип личности констатировали при получении 74 баллов и более, "неалекситимический" - 62 баллов и менее, в зону неопределенности относили пациентов с количеством баллов от 63 до 73. Уровень и характер тревожности, связанной со школой, изучали с помощью методики Филипса. При 50% несовпадении ответов с ключом теста

констатировали повышенную тревожность ребенка, при более 75% несовпадений - высокий уровень тревожности [9, 320].

Постоянную базисную терапию, соответственно GINA 2006, на протяжении последнего года получали $38,5 \pm 8,6\%$ обследованных детей с тяжелым течением заболевания и лишь $25,0 \pm 8,2\%$ пациентов группы сравнения ($p > 0,05$). При этом согласно критериям GINA 2006 доля неконтролируемого течения БА среди когорты пациентов основной группы исследования составила $81,5 \pm 7,5\%$ против $32,2 \pm 8,8\%$ группы сравнения ($p < 0,001$) (см. рис. 1). При оценке частоты госпитализаций по поводу основного заболевания установлено, что среднее число пребываний на стационарном лечении по поводу БА за все годы с момента постановки диагноза до дня обследования составила $3,26 \pm 0,40$ и $1,78 \pm 0,35$ госпитализаций среди детей с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания соответственно ($p < 0,008$). В ОИТ попадал хотя бы однократно с момента постановки диагноза каждый третий ребенок с тяжелым течением ($48 \pm 8,9\%$) и лишь каждый четвертый пациент группы сравнения ($25 \pm 8,2\%$, $p > 0,05$). При оценке выраженности алекситимии существенных различий у детей групп наблюдения отмечено не было (см. рис. 2).

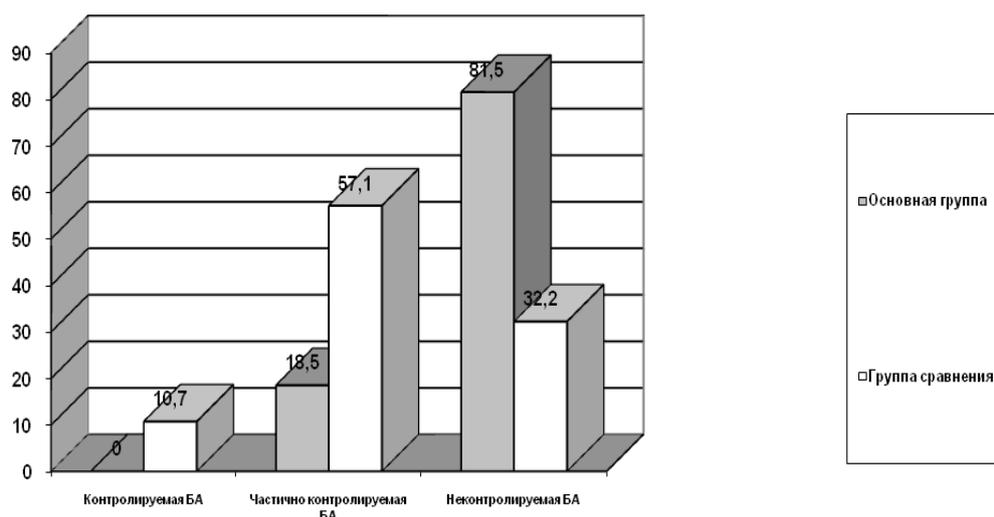


Рис. 1. Распределение детей (%) по степени контролируемости течения БА в группах наблюдения

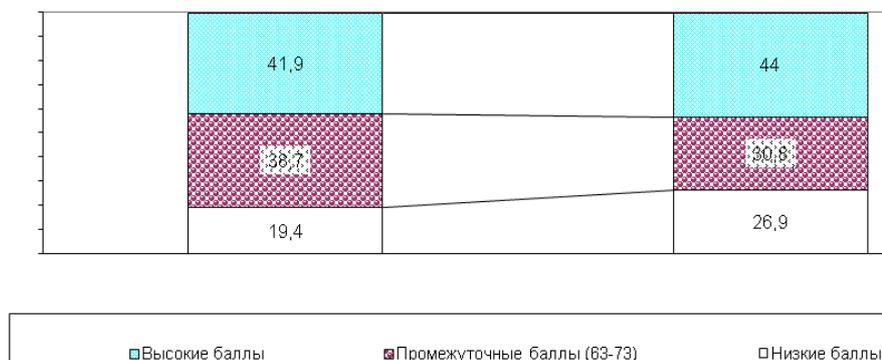


Рис. 2. Распределение детей групп наблюдения (%) по величине баллов алекситимии

Средние баллы по Торонтской алекситимической шкале у детей групп наблюдения существенно не отличались и составляли $71,2 \pm 2,1$ против $70,3 \pm 2,7$ соответственно в первой и второй группах ($p > 0,05$), однако достоверно превышали показатель $59,3 \pm 1,3$ норматива у здоровых лиц. В частности, выраженность алекситимии находилась в корреляционной зависимости от среднего количества приступов БА в год у ребенка ($r = 0,36$; $p < 0,05$), проявлений пищевой аллергии ($r = 0,36$; $p < 0,05$), а также ассоциировалась с более негативным отношением как к госпитализации ($r = 0,37$; $p < 0,04$), так и к необходимости ежедневного приема лекарств ($r = 0,26$; $p < 0,05$). У детей с тяжелой БА и имеющейся алекситимией среднегодовое количество приступов составляло $103,7 \pm 32,8$ против $34,7 \pm 10,7$ при ее отсутствии ($p < 0,03$). Алекситимия является универсальной личностной характеристикой, обуславливающей повышенную уязвимость в отношении стрессовых воздействий [10, 109], поэтому считали целесообразным изучить уровень тревожности у обследованных детей. Достоверных различий по факторам тревожности в условиях адаптации к школьному коллективу по методике Филипса у детей групп наблюдения не отмечено, однако по всем исследуемым признакам, кроме страха самовыражения, существовала тенденция к более высокому уровню тревожности среди пациентов с тяжелой БА в сопоставлении с группой сравнения, которая подтверждалась достоверными корреляционными связями с отдельными клинико-параклиническими признаками тяжести заболевания. Так, переживание социального стресса ребенком ассоциировалось с ночными приступами ($r = 0,27$; $p < 0,04$), высокий уровень тревожности в целом, и, прежде всего, страх самовыражения, коррелировал с более негативным отношением к необходимости ежедневного приема лекарственных средств ребенком ($r = 0,3$; $p < 0,03$ и $r = 0,43$; $p < 0,001$ соответственно). Дети с низким физиологическим сопротивлением стрессу чаще носили ингалятор экстренной помощи с собой постоянно ($r = 0,37$; $p < 0,005$). Общий уровень тревожности достоверно прямо ассоциировал с высокими ПЛБ ($r = 0,36$; $p < 0,01$), в основном за счет ИБД ($r = 0,42$; $p < 0,004$), прежде всего при низком уровне физиологического сопротивления стрессу у ребенка (корреляционная связь с

ПЛБ: $r=0,46$; $p<0,001$; с ИБД $r=0,38$; $p<0,01$). Низкий уровень успеваемости в школе, который чаще отмечали среди детей с тяжелой БА, прямо достоверно коррелировал с выраженностью общего уровня тревожности ($r=0,37$; $p<0,01$), фрустрацией потребности в достижении успеха ($r=0,4$; $p<0,002$) и страхом ситуации проверки знаний ($r=0,37$; $p<0,01$).

Алекситимический тип личности у обследованных детей находился в прямой корреляционной зависимости с переживанием социального стресса ($r=0,27$; $p<0,05$) и фрустрацией потребности в достижении успеха ($r=0,33$; $p<0,01$), что, в свою очередь, ассоциировалось с несоблюдением базисной терапии БА ($r=0,29$; $p<0,04$). Полученные данные согласуются с данными литературы о том, что наличие алекситимии, как неумения осмысливать свои эмоции и чувства, затрудняет процесс лечения БА и контакт "врач-больной", дети с алекситимией и высоким уровнем тревоги имеют более низкую готовность к выполнению врачебных рекомендаций и назначений [11, 14]. При оценке диагностической ценности "неалекситимического" типа личности для подтверждения среднетяжелого течения БА в противовес тяжелому установлено, что показатель пропорциональности шансов составил лишь 1,02 (95%ДИ - 0,35-2,9) при чувствительности и специфичности теста соответственно 58,1 и 42,3%.

Таким образом, доля неконтролируемого течения заболевания у детей с тяжелой БА была существенно большей по сравнению со среднетяжелым течением. Средние значения баллов алекситимии у детей с тяжелым и среднетяжелым течением БА не отличались, однако существенно превышали норматив, хотя и не могли быть рекомендованы для диагностического подтверждения наличия тяжелого варианта заболевания. Большая выраженность алекситимии находилась в корреляционной зависимости с худшей настроенностью по соблюдению требований базисной терапии пациентом.

Список литературы

1. Aninterdisciplinaryinterventionforundertreatedpediatricasthma / N.Walders, C.Kercsmar, M.Schluchter [etal] // Chest. – 2006. - Vol. 129. - P. 125-136.
2. Типы психосоматической конституции у подростков с бронхиальной астмой / М.Г. Ключева, А. Рывкин, И. Троицкая [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2004. – Т. 49, № 3. – С.22-25.
3. RossJ.M. Screeningandassessingadolescentasthmaticsforanxietydisorders / J.M. Ross, D.Y. Hogg // Clin.nurs.res.-2007.- Vol.16.– P. 5-24.
4. Alexithymia: arelevantpsychologicalvariableinnear-fatalasthma / J. Serrano, V. Plaza, B. Sureda [etal] // EurRespirJ.- 2006.-Vol.28.-P.296-302.
5. Ерьсько Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: методич. пособие / Д.Б. Ерьсько, Д.Б. Исурина. – СПб., 1994. - 15 с.
6. Белозерова Е.В. Психологические аспекты управления лечебно-профилактическими мероприятиями при бронхиальной астме: автореф.

дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 05.13.01 “Системный анализ, управление и обработка информации” / Е.В. Белозерова. – Воронеж, 2006. – 20 с.

7. Личностно-психологические особенности и психическое состояние детей с бронхиальной астмой / Н.Н. Петрова, М.В.Эрман, Е.Д. Кохан [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета.–2007.–Выпуск 2. – С. 122-128.

8. Рекомендации Глобальной инициативы по борьбе с бронхиальной астмой (GlobalInitiativeforAsthma. GINA) пересмотр 2006 г.// Клінічна імунологія. Алергологія. Інсектологія. – 2007. - № 2 (07). – С. 71-78.

9. Клиническая психология / [Абабков В.А., Бизюк А.П., Володин Н.Н. и др.]: под ред. Б.Д. Карвасарского. – М.: 2004. – 541 с.

10. Psychological adjustmentandasthmainchildrenandadolescents: theUKnationwidementalhealthsurvey / R. Calam, G. Russell, KayaniS. [etal] // Psychosom. Med.- 2005.-Vol.67. - P.105-110.

11. Заболотских Т.В. Клиническая эффективность психокоррекции в комплексной терапии детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма-школе / Т.В. Заболотских // Аллергология. – 2003. - №3. – С. 8-16.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КАЧЕСТВА КОНТАКТА МАТЕРИ И РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3 – 4 МЕСЯЦЕВ

Бурухина А.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Актуальность изучения выбранной нами темы связана, во-первых, с важностью раннего возраста для дальнейшего развития человека (Л.С. Выготский, М.И. Лисина, Д.Б. Эльконин, Дж. Боулби, Д.В. Винникотт, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, К. Хорни, Э. Эриксон). Во-вторых, с необходимостью разработки диагностических критериев характера контакта и расширения теоретических знаний о контакте в диаде мать – ребенок в младенческом возрасте, его роли в развитии и становлении личности ребенка. В-третьих, с возможностью использования результатов исследования в психологическом сопровождении матери и ребенка до года.

Особую роль в развитии области изучения эмоциональной связи и привязанности ребенка к матери в зарубежной психологии оказали Д.В. Винникотт, Дж. Боулби, Р.А. Шпиц, Д. Штерн, К. Хорни, которые подчеркивают наличие у младенца особой потребности в контакте с матерью, качество которого зависит от определенных личностных характеристик матери и которое оказывает одно из определяющих значений на развитие чувства безопасности, защищенности и доверия, что в свою очередь сказывается на дальнейшем психическом развитии ребенка. Кроме того, в отечественной психологии теме раннего развития ребенка уделяли особое внимание Л.С. Выготский, М.И. Лисина, Р.Ж. Мухамедрахимов, которые

также подчеркивали значимость и влияние развития эмоциональных отношений, возникающих между матерью и ребенком на психическое развитие человека. Авторы указывают, что качество и характер контакта между матерью и ребенком во многом определяется личностными характеристиками матери и ее внутренним ощущением себя как «хорошей мамы» (Д.В. Винникотт, К. Хорни, Г.Г. Филиппова), а также способностью матери вступать в контакт с миром (А. Лэнгле).

Понятие контакта не так активно описывается в литературе, однако различные подходы как отечественные, так и зарубежные ссылаются на него, вкладывая при этом в определение свой смысл, в зависимости от контекста изучаемой проблемы. Так зарубежная и отечественная социальная психология ссылаются на понятие контакта, рассматривая процессы социального взаимодействия (Д. Майерс, Г.М. Андреева, Л.Д. Столяренко), изучению феноменологии контакта уделяет внимание гештальт подход (С. Гингер, И.А. Погодин), а также особую роль контакту придает экзистенциальная философия М. Бубера при рассмотрении феноменологии «Я – ты» отношений. Применительно к социальным отношениям контакт рассматривается как ощущение, что «ты» присутствуешь с другим человеком и для него, видишь его, говоришь ему, при этом сохраняя высокую чувствительность к себе, своим реакциям, переживаниям, мыслям, фантазиям. Контакт матери и ребенка формируется в процессе общения и взаимодействия (Л.С. Выготский, М.И. Лисина). Кроме того, качество контакта, возникающего между матерью и ребенком на ранних этапах развития, может быть различным, в зависимости от наличия или отсутствия у матери позитивного отношения к себе как к родителю и способа реагирования ребенка на воздействия и стимуляцию матери (Р.А. Шпиц, Д. Боулби, Д.В. Винникотт, Е.О. Смирнова, Н.Н. Авдеева, М.И. Лисина).

Таким образом, в нашем исследовании мы предполагаем, что существуют различные типы контакта в диаде мать - ребенок 3 – 4 месяцев и, что психологические особенности личности матери, такие как экзистенциальная наполненность и субъективная удовлетворенность своей ролью матери взаимосвязаны с различными типами контакта.

Целями нашего исследования являются - выделить и охарактеризовать различные типы контакта в диаде мать – ребенок 3 – 4 месяцев, а также изучить взаимосвязь психологических особенностей личности матери с типом контакта в диаде мать – ребенок 3 – 4 месяцев.

На основе теоретического анализа проблемы была разработана структура эмпирического исследования, включающая 2 этапа, каждый из которых был направлен на решение соответствующих задач. Для решения поставленных задач и проверки исходных гипотез был применен комплекс методов: наблюдение, авторская модификация «Мангеймской шкалы оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» (Manheim), авторская модификация методики Дембо – Рубинштейн для выявления уровня субъективной удовлетворенности себя как «хорошей матери», контент – анализ «Моя новая роль мамы», «шкала экзистен-

ции» А. Ленгли, К. Орглер. Количественный анализ данных подвергался статистической обработке (коэффициент ранговой корреляции rs Спирмена, Н критерий Крускала – Уоллиса).

Исследование проводилось на базе детской поликлиники № 8 г. Курска с 25 января по 4 апреля 2010 г. В исследовании принимали участие 14 женщин в возрасте 19 – 27 лет и их младенцы в возрасте 3 – 4 месяцев, от первой беременности и первых родов.

На основе качественного и количественного анализа были выделены и качественно описаны 3 существенно различающихся типа контакта. Наиболее благоприятным типом контакта мы считаем контакт, в котором обнаруживается единство матери и младенца с высокой степенью позитивного эмоционального взаимопринятия. Такие взаимоотношения характеризуются близостью, чувствительностью и взаимообменом реакций друг к другу. Мы предполагаем, что из данного типа контакта в дальнейшем сформируется надежный тип привязанности, так как при анализе данного типа контакта мы заметили те же проявления во взаимоотношениях матери и ребенка, что и при надежном типе привязанности. Поэтому данный тип контакта мы назвали надежным типом контакта. Кроме того, мы обнаружили группу взаимодействий матери и ребенка с неблагоприятным типом контакта, в этой группе мы заметили те же проявления во взаимоотношениях матери и ребенка, что и при тревожно-избегающем типе привязанности. Поэтому данный тип контакта мы обозначили – как тревожно-избегающий тип контакта, который характеризуется отдельным существованием, взаимодействием и отсутствием диалога между матерью и младенцем, несмотря на то, что они находятся вблизи друг к другу. Кроме того, существенными характеристиками матери при данном типе контакта являются ориентированность не на ребенка, а на событиях окружающей среды, отсутствие чувствительности по отношению к ребенку и его реакциям, вследствие этого матери не замечают, что ребенку не нравится та стимуляция, которую мать использует для привлечения внимания ребенка, и предпринимают попытки навязывания ребенку того, от чего он отвращается и реагирует отрицательной эмоциональной реакцией. Мы предполагаем, что данный тип контакта в дальнейшем может развиваться в тревожно-избегающий тип привязанности. В третьей группе мы заметили схожие проявления взаимодействия матери и ребенка, что и при амбивалентном (симбиотическом) типе привязанности, поэтому данный тип контакта мы обозначили – как амбивалентный тип контакта матери и младенца. Одной из важных характеристик амбивалентного типа контакта матери и младенца, обнаруженных нами является амбивалентность, непостоянность контакта, возникающего между ними. Матери, у которых наблюдается амбивалентный тип контакта с младенцем характеризуются, прежде всего, преобладанием в их поведении ориентированности не на ребенка, а в основном на себе, своих чувствах и событиях, происходящих в окружающей среде. Такие матери умеют устанавливать контакт с

младенцами, вступая с ними в диалог – с одной стороны они предпринимают попытки установления контакта, устанавливая его, но с другой стороны после этого прерывают его, отвлекаясь на себя или события извне, оставляя при этом младенца «наедине с собой». Непостоянство и амбивалентность материнского поведения отражается на поведении и реакциях младенца, складывается впечатление, что ребенок испытывает неуверенность в поведении матери и постепенно приспосабливается к таким изменениям, пытаясь отвлечься на внешнюю среду. Такие дети практически не проявляют голоса, складывается впечатление о фрустрированности таких младенцев.

В результате определения типов контакта с помощью наблюдения и количественной обработки данных мы получили следующие результаты: 1) надежный тип контакта (14%), 2) тревожно-избегающий тип контакта (14%) и 3) амбивалентный тип контакта (72%).

Кроме того, мы обнаружили взаимосвязь между проявлениями матерей и младенцев, выявленных на основе модификации Мангеймской шкалы оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте при помощи метода математической статистики (коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена). А именно - мы обнаружили значимую отрицательную корреляцию стимуляции у матерей и реакцией на стимуляцию у младенцев, которая свидетельствует о том, что при повышении стимуляции со стороны матери реакция на эту стимуляцию у младенцев снижается.

Далее обратимся к результатам, полученным нами во втором этапе эксперимента. По результатам второго этапа исследования были выявлены различия психологических особенностей личности матери в зависимости от типа контакта. А именно было обнаружено, что матери с надежным типом контакта отличаются такими характеристиками как: самодистанцирование, проявляющейся в способности матери абстрагироваться от самой себя на некоторую дистанцию, которая позволяет взглянуть на мир более свободно, для того, чтобы «выходить» за рамки себя и смотреть на ситуацию со стороны и гармоничное соотношение положительных и отрицательных чувств, которое указывает на чувствительность и эмоциональную вовлеченность в контакт и освоение роли матери, не только на уровне оценок, но и чувственного переживания этого опыта.

Стоит отметить, что обнаружить существенные различия в особенностях проявлений матери в группах с амбивалентным и тревожно-избегающим типом контакта нам не удалось, однако, группа матерей с тревожно – избегающим типом контакта характеризуется наиболее отличными по сравнению с другими типами контакта психологическими особенностями личности матери. Это отличие нам трудно проинтерпретировать с качеством контакта, который у них наблюдается с ребенком, и мы предполагаем, что такие противоречивые данные нуждаются в дальнейшем экспериментальном исследовании.

Анализируя полученные результаты можно сделать следующие выводы, что существуют различные типы контакта матери и ребенка 3 – 4 месяцев – надежный, амбивалентный, тревожно-избегающий, каждый из которых обладает существенными характеристиками.

А также существует взаимосвязь психологических особенностей личности матери с типами контакта матери и ребенка 3 – 4 месяцев. Нами установлены взаимосвязь между особенностями личности матери и типом контакта.

Список литературы

1. Авдеева Н.Н. «Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве» Вопросы психологии – 1997 - № 4, С. 3-12.
2. Филлипова Г.Г. «Психология материнства» - М.: Издательство института психотерапии. – 2002.
3. Боулби Дж. «Создание и разрушение эмоциональных связей» - М.: Академический проект - 2004, - С. 345.
4. Винникотт Д.В. «Маленькие дети и их родители» - М.: Независимая фирма «класс» - 1998, - С. 80.
5. Стерн Д.Н. «Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития» - СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа. – 2006, - С. 376.
6. Шпиц Р.А., У. Годфри Коблинер «Первый год жизни» - М.: Академический проект. – 2006. - С. 352.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ И БАЗОВЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Василенко Т.Д., Селин А.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Работа поддержана Грантом Президента РФ № МК- 4130.2011.6.

Важными аспектами жизни личности, которые могут подвергаться изменениям, перестройкам в различных ситуациях, являются жизненные стремления и базовые потребности. Хроническая соматическая патология как ситуация личностного кризиса приводит к изменениям в структуре жизненных стремлений и базовых потребностей личности.

В современной психологии вопрос о жизненных стремлениях и базовых потребностях наиболее продуктивно разработан в теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана (Edward L. Deci, Richard M. Ryan), в которой дается определение понятий жизненных стремлений и базовых потребностей, а также предлагаются методики их диагностики [4, 5, 9].

На основании положения о том, что жизненные стремления и базовые потребности имеют тенденцию к изменению в связи с изменениями

жизненной ситуации, мы выдвигаем гипотезу об изменении структуры жизненных стремлений и базовых потребностей в ситуации хронического соматического заболевания.

В исследовании приняло участие 210 испытуемых, из которых было сформировано 2 группы:

Основная группа, которую составили люди с хроническими заболеваниями гастроэнтерологического и кардиологического профилей, пациенты терапевтического отделения Курской городской больницы № 3, в возрасте от 20 до 67 лет, средний возраст 39 лет (N = 105).

В группу сравнения вошли люди, не находящиеся в каких-либо особых жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, жители города Курска в возрасте от 22 до 55 лет, средний возраст 36 лет (N = 105).

Исследование проводилось в 2009-2010 гг. на базе Курской городской клинической больницы № 3 и лаборатории экспериментальной психологии кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета.

Для статистического анализа были использован критерий U Манна-Уитни с учетом мер центральной тенденции и изменчивости признака. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0.

По результатам проведенного исследования, был выявлен ряд различий в структуре жизненных ценностей личности между людьми, находящимися в ситуации хронического соматического заболевания, и здоровыми испытуемыми, которые представлены в таблице.

Таблица 1

Значимые различия в жизненных стремлениях у людей в ситуации хронического соматического заболевания (больных) и здоровых испытуемых

Показатель		p-level	Среднее больные	Среднее здоровые	СКО больные	СКО здоровые
Богатство (вероятность)	8	0,00006	20,7619	24,600	7,332	5,858
Богатство (достижение)	2	0,02498	17,285	20,171	7,0951	10,036
Известность (важность)	0	0,00000	17,190	23,980	8,664	6,485
Известность (вероятность)	2	0,00000	16,466	21,933	8,178	6,608
Известность (достижение)	6	0,00119	15,600	19,257	8,432	7,162
Внешность (важность)	8	0,00003	19,447	24,400	8,492	6,645

Внешность (вероятность)	5	0,00078	19,285	23,171	7,993	6,011
Внешность (достижение)	2	0,00631	18,152	21,590	7,963	5,825
Личностный рост (вероят- ность)	0	0,00561	25,257	27,095	5,280	5,432
Отношения (важность)	6	0,00711	28,561	30,866	6,111	4,817
Сообщество (важность)	0	0,00000	21,438	26,828	7,035	4,946
Сообщество (вероятность)	1	0,00010	19,571	23,371	6,984	6,161
Сообщество (достижение)	5	0,00083	15,809	19,133	6,864	6,634
Здоровье (важность)	0	0,02783	32,300	30,978	3,669	4,404
Здоровье (вероятность)	9	0,00030	24,342	27,695	6,7806	5,909
Здоровье (достижение)	1	0,00000	19,190	23,800	6,348	6,708

Для анализа полученных данных мы воспользуемся логикой Э. Деси и Э. Райана выделения для каждого стремления модусов важности, вероятности и достижения (достигнутости).

Необходимо отметить, что по всем показателям здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики жизненных стремлений в аспекте вероятности их достижения. При этом можно сказать, что здоровые испытуемые, в сравнении с больными, в большей степени уверены в возможности достижения материального, финансового благополучия; для здоровых более значимо построение поверхностных отношений с людьми и ориентация на важность своей внешности и привлекательности для окружающих. При этом больные в меньшей степени оценивают вероятность своего внутреннего развития, не склонны к рефлексии в отношениях и саморазвитию, не придавая им при этом особой значимости. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны к альтруистическим реакциям и не предполагают их осуществлять в будущем. Деятельность, направленная на общественное благо, не является для них значимым жизненным стремлением.

В аспекте важности достижения жизненных стремлений по всем показателям, кроме важности «здоровья», здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики жизненных стремлений. При этом можно сказать, что здоровые испытуемые, в сравнении с больными, в большей степени ориентированы на важность построения скорее поверхностных

отношений с людьми и ориентация на важность своей внешности и привлекательности для окружающих. При этом больные в меньшей степени оценивают важность своего внутреннего развития, не склонны к рефлексии в отношениях и саморазвитию, не придавая им при этом особой значимости. Для больных не свойственна самостоятельность в принятии решений, и они не считают важными близкие и доверительные отношения с людьми. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны к альтруистическим реакциям и не предполагают их осуществлять в будущем. Деятельность, направленная на общественное благо, не является для них важным жизненным стремлением. Важность жизненной цели «здоровье» у испытуемых в ситуации заболевания явно преобладает, по сравнению со здоровыми испытуемыми, что свидетельствует о том, что личностно-смысловая сфера больных в большей степени ориентирована на внутреннее стремление достижения психического благополучия и физического здоровья. Больные в большей степени ориентированы на деятельность, способствующую сохранению и поддержанию здоровья.

Рассматривая модус достижения жизненных стремлений необходимо отметить, что по всем показателям здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики жизненных стремлений в аспекте результативности достижения жизненной цели. При этом можно сказать, что здоровые испытуемые, в сравнении с больными, в большей степени достигли и реализуют поверхностные отношения с людьми и считают свою внешность привлекательной для окружающих. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны к альтруистическому поведению и деятельности, направленной на общественное благо. При этом здоровые испытуемые считают, что они реализуют модели поведения, способствующие сохранению и поддержанию психологического благополучия и физического здоровья. Испытуемые в ситуации заболевания не склонны считать, что их поведение отвечает позиции здорового образа жизни.

При изучении удовлетворенности базовых потребностей личности нами были получены следующие результаты, которые отражены в таблице 2.

Таблица 2

Значимые различия в удовлетворенности базовых потребностей у людей в ситуации хронического соматического заболевания (больных) и здоровых испытуемых

Показатель	p-level	Среднее больные	Среднее здоровые	СКО больные	СКО здоровые
Автономия	0,034	4,798	5,230	0,844	0,585
Компетентность	0,000	4,670	5,180	0,684	0,584
Связанность	0,038	4,945	5,235	0,900	0,510

На основании полученных данных можно утверждать, что в ситуации заболевания значительно снижается ощущение реализации человеком та-

кого способа поведения и существования в мире, который предполагает регуляцию своего поведения независимо от влияющих на человека внешних сил окружения. По сути, в ситуации болезни снижается ощущение свободы во многих принципиально жизненно важных сферах, снижается способность реализации личностью свободы выбора.

Отметим, что в ситуации заболевания значимо снижается восприятие себя как человека компетентного, способного к успешному осуществлению важной деятельности. Люди в ситуации заболевания склонны к заниженной самооценке своих способностей, чувствуют себя малоуспешными и способными к решению как сложных жизненных, так и житейских задач. В целом, снижается ощущение самоэффективности личности.

Также необходимо указать, что в ситуации заболевания значимо снижается ощущение близости с другими людьми. Больные не склонны к построению близких и доверительных отношений, не склонны к осуществлению заботы о близких. При этом у них снижается ощущение, что к ним проявляют заботу близкие люди, в независимости от того, насколько эта забота осуществляется в реальности. В целом, люди склонны к дистанцированию от окружающих, отношения с близкими становятся поверхностными.

На основании проведенного исследования нами были сделаны следующие выводы:

- ✓ по всем жизненным стремлениям в аспекте вероятности, важности и достижения здоровые испытуемые имеют более выраженные характеристики, кроме важности стремления «здоровье», которая значимо повышена в ситуации хронического соматического заболевания;

- ✓ в ситуации заболевания значимо снижается удовлетворенность базовых потребностей личности в автономии, компетенции и связанности, по сравнению с ситуацией нормы;

- ✓ изменения жизненных стремлений и базовых потребностей личности в ситуации хронического соматического заболевания дают возможность охарактеризовать данную ситуацию как критическую [1], связанную с фрустрацией самодетерминации [9, 10, 12], через снижение основных жизненных стремлений и возможности удовлетворения базовых потребностей личности.

На основании полученных результатов можно говорить о таком изменении структуры жизненных стремлений и базовых потребностей личности, которое требует оказания психологической помощи людям, находящимся в ситуации хронического соматического заболевания. Психологическая помощь должна быть ориентирована на расширение системы внутренних жизненных стремлений и поиск адекватных ситуации способов удовлетворения базовых потребностей личности.

Список литературы

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. - М.: МГУ, 1984. – 200 с.

2. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. - М.: Педагогика, 1984 Т. 4. – 433 с.
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. - СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
4. Коростылева Л.А. Уровни самореализации личности // Психологические проблемы самореализации личности, Выпуск 4. - С. 21-46.
5. Леонтьев Д.А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности // Психологический журнал, 2000, Том 21, № 1, С. 15-25.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М., МГУ, 1987. – 168 с.
7. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR–Аргис, 1995. – 335 с.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. – 287 с.
9. Чирков В.И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии, 1996, № 3 - С. 116 – 133.
10. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
11. Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
12. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ТИПА ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БРАКОМ.

Василенко Т.Д., Ившина М.Е.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Родительство (материнство и отцовство) является базовым жизненным предназначением, важным состоянием и значительной социально-психологической функцией каждого человека. Качество этих проявлений, их социально-психологические и педагогические последствия имеют непреходящее значение. Системный подход предполагает признание семьи как единого целого, единого психологического и биологического организма, признание всеобщих семейных взаимосвязей [Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1999]. Развитая форма родительства характеризуется относительной устойчивостью и стабильностью и реализуется в согласованности представлений супругов о родительстве, комплементарности дина-

мических проявлений родительства.

Семья, ожидающая ребенка, стоит на пороге серьезных изменений, а значит, становится уязвимой, нестабильно функционирующей. Появление ребенка меняет состав семейных подсистем, перестраивает отношения родственников, что некоторыми из них переживаются болезненно [Р.В. Овчарова, 2003].

Перемены, происходящие в семье, влияют на психическое состояние женщины. В то же время те изменения, которые происходят в ее организме, психике, во многом определяют психологическую обстановку в семье, характер взаимоотношений ее членов.

Данное исследование направлено на то, чтобы помочь женщинам принять свою новую социальную роль матери, помочь семье к принятию новых ролей (родителей).

Известно, что психическое состояние беременной женщины только до определенной степени зависит от происходящей в организме гормональной перестройки, большую роль играет состояние того, что изменяется вся жизненная ситуация: независимое существование заканчивается, и начинаются новые отношения «мать-дитя». Перед женщиной встают новые психологические задачи, суть которых состоит в необходимости достичь устойчивого баланса между ее собственным опытом, полученным в детстве, бессознательными фантазиями, мечтами и надеждами и реальностью отношений к собственному Я, в том числе телесному, а также к своему супругу и ребенку [Г.Г.Филиппова, 2002]

Период беременности может придать новый положительный импульс отношениям в семье, а может породить непонимание. А ведь женщине важнее всего получить поддержку именно от любимого человека. Однако мужчине гораздо сложнее включиться в процесс беременности жены и стать "беременным" папой. Он с трудом представляет, что внутри живота его супруги растет человечек. Мужчину скорее беспокоит новое состояние жены, чем особенности протекания беременности. Редкий представитель сильного пола вдохновенно беседует с "животиком" или умиляется толчкам из его глубины. Но это не значит, что мужчины совершенно равнодушны к предстоящим переменам. Просто они переживают "беременность" по-своему.

В результате мы отмечаем, что субъективное значение материнства и возникающее уже во время беременности родительское отношение к будущему ребенку определяют формирование внутренней картины беременности и категориальную организацию телесного и эмоционального опыта в ее структуре.

Таким образом, изменение в эмоциональной сфере женщины приводит к изменениям в семейных отношениях, отношениях не только с супругом, но и ближайшими родственниками, в результате чего могут возникнуть психотравмирующие ситуации, которые окажут неблагоприятное воздействие не только на молодую семью, но и на протекание беременно-

сти. Именно поэтому молодые супруги на данном этапе семейной жизни нуждаются во взаимной помощи и поддержке друг другу.

В нашем исследовании мы ставим задачу выяснить, каким образом удовлетворенность в браке влияет на формирование новой социальной роли матери.

Возрастной период 22-27 лет является оптимальным для вынашивания и рождения ребёнка. Для женщины этот период является критическим, так как знаменует окончание независимости и сформированности женской идентичности [Хамитова И.Ю.].

Нами представлены материалы эмпирического исследования, проведенного в 2007-2011 годах на базе родильного отделения территориального медицинского объединения № 4 г. Курска, областного перинатального центра г. Курска, городского клинического родильного дома г. Курска. В исследовании приняли участие 212 беременных женщин в возрасте 22-27 лет, состоящих в браке, на третьем триместре беременности и ожидающих первого ребенка.

В исследовании были использованы следующие методы: структурированное интервью, архивный метод (работа с медицинскими картами), тест «Удовлетворенность браком», проективные методики: тест «Фигуры» Филипповой Г.Г, методика «Кто я».

Вся выборка испытуемых была разделена на 3 группы, основанием деления выступил стиль принятия роли матери. Первую группу составляли женщины с адекватным типом переживания беременности (n=98). Вторую группу составляли женщины с тревожным типом переживания беременности (n=60). Третью группу составляли женщины с игнорирующим типом переживания беременности (n=57).

В процессе обработки результатов производилось попарное сравнение этих групп. В нашем исследовании представлены результаты частотного распределения типов переживания беременности у беременных женщин, ожидающих первого ребенка, находящихся на третьем триместре беременности.

Среди обследованных женщин выявлены следующие показатели типов переживания беременности. У 25,3% беременных женщин в возрасте 22-27 лет отмечается игнорирующий тип переживания беременности, что ведет к неприятию социальной роли матери. Эти женщины характеризуются неприятием состояния беременности, отсутствием желания создавать условия для развития будущего ребенка. У 28,3% женщин отмечается тревожный тип переживания беременности, что ведет к амбивалентно-тревожному принятию социальной роли матери. Эти женщины находятся в амбивалентном состоянии принятия и неприятия социальной роли матери, для них присуще напряжение и беспокойство, которые связаны с первым шевелением, сопровождаются сомнениями, тревогой, испугом. Однако, 46,4% женщин с адекватным типом переживания беременности. Эти женщины воспринимают свою беременность эмоционально положительно, что свидетельствует об адекватном принятии социальной роли матери.

По результатам методики «Удовлетворенность браком», можно отметить следующее, что у женщин с адекватным типом переживания беременности отмечается высокий уровень удовлетворенности браком, что может свидетельствовать о значимости супружеских отношений в жизни данных женщин. Супружеские отношения они характеризуют, как благоприятные и ресурсные. У женщин с игнорирующим типом переживания беременности отмечается низкий уровень удовлетворенности браком, что может свидетельствовать о неудовлетворенности и отсутствие поддерживающей позиции в принятии новой социальной роли матери у женщин. Такие женщины не находят поддержки со стороны супруга. У женщин с тревожным типом переживания беременности отмечается средний уровень удовлетворенности браком, что также свидетельствуют о неустойчивой позиции в семейных отношениях между супругами, что в результате приводит к возникновению страха «Как же мне быть мамой?»

По результатам методик «Кто я», мы можем отметить, что у женщин с адекватным типом переживания беременности отмечается равномерное распределение социальных ролей, профессиональная роль занимает меньшее значение в связи с тем, что на момент обследования женщины находились на третьем триместре, и роль матери занимает ведущее и центральное место в переживании данного периода. У женщин тревожного типа переживания беременности ведущее и центральное место занимает роль матери, женщины центрированы на данной роли, что приводит к возрастанию тревоги, роль дочери же значительно подавлена. У женщин же с игнорирующим типом переживания беременности преобладает профессиональная роль, роль матери приобретает негативно-окрашенный характер.

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод о том, что удовлетворенность семейными отношениями влияют на принятие социальной роли матери. У женщин с адекватным типом переживания беременности имеет место высокая удовлетворенность семейными отношениями, что свидетельствует о ресурсных отношениях между супругами, а так же гармоничное распределение социальных ролей у таких женщин. Роль супруги приобретает одну из значимых социальных ролей, а так же роль матери приобретает значимый и ценностный характер. У беременных женщин тревожного типа переживания беременности удовлетворенность в браке на среднем уровне, что может свидетельствовать о формировании страха и неуверенности в своих семейных отношениях с супругом. У таких женщин роль матери приобретает большую ценность, что способствует появлению тревоги и неуверенности в себе. По причине того, что стать матерью для них одна из значимых задач реализовать себя, как женщину и без этой роли она себя как женщину не представляют. У женщин с тревожным типом переживания беременности значимость приобретают семейные отношения. Женщины с игнорирующим типом переживания беременности удовлетворенность браком находится на низком уровне, что может свидетельствовать о том, что эти женщины не находят поддержки,

уверенности со стороны супруга, а так же считают, что брак только притупляет творческие способности женщины. Роль матери же приобретает негативно окрашенный характер, что препятствует присвоению социальной роли матери. У женщин с игнорирующим стилем готовности к материнству большое значение приобретают материальные ценности, роль профессионала приобретает значимое значение, только там эти женщины чувствуют себя самодостаточно

Список литературы

1. Батуев А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. об-ва. 1996. Т. 2. Вып. 4. - С. 69-70.
2. Бергум В. Моральный опыт беременности и материнства // Человек. 2000. № 2. – С. 16 – 27.
3. Боровикова А.В и соавт. Психологические аспекты трансформации Я- концепции беременной женщины.
4. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности. // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 1981. - №2. – С. 46–56.
5. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психол. журн. 2000. Т. 21. № 2 – С. 79 – 87.
6. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности. // Вопр. психол. 1997. №6 – С. 38–47.
7. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопр. психол. 2002. - № 1 – С. 59 – 68.
8. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов. // Вопр. психол. 2002. № 3 – С. 110–118.
9. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. // Вопр. психол. 2000. № 5 – С. 18 – 27.
10. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопр. психол. 2000. №3 – С. 3–4.
11. Филиппова. Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие – М.: Издательство Института психотерапии. 2002
12. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования в психологии // Журн. практ. психол. 2003. № 4-5.
13. Филиппова Г.Г. Современное состояние и задачи психологической помощи родителям в период ожидания и раннего развития ребенка. // Журн. практ. психол. 2003. № 4-5 – С. 222 – 249.
14. Филиппова Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Журн. практ. психол. 2003. № 4-5 – С. 83 – 107.

СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЕЛОЙ И СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Гарас Н.Н.

Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина

Целью лечебных мероприятий при бронхиальной астме (БА) является достижение удовлетворительного контроля над течением заболевания и, соответственно, улучшения качества жизни больных детей [1]. Поскольку заболеваемость БА в последние десятилетия неуклонно растет, актуальным представляется вопрос исследования показателей качества жизни детей школьного возраста при различной степени тяжести персистирующего заболевания.

Цель исследования: определить качество жизни детей школьного возраста, больных тяжелой и среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой.

В пульмонологическом отделении областной детской клинической больницы г. Черновцы (Украина) обследовано 36 детей школьного возраста с верифицированным диагнозом персистирующей БА. Тяжесть заболевания определяли согласно утвержденному Минздравом Украины протоколу диагностики и лечения БА у детей. В соответствии с тяжестью заболевания сформированы две группы сравнения: в первую группу (I) вошли 18 детей с тяжелым персистирующим течением БА, ко второй (II) группе - 18 детей со среднетяжелым вариантом патологии. По основным клиническим характеристикам группы существенно не отличались. Так, в I клинической группе мальчиков было 66,7%, а в группе сравнения - 61,1% ($p_{\phi} > 0,05$). Жителей сельской местности среди школьников с тяжелой БА было 66,7%, а среди пациентов II группы - 61,1% ($p_{\phi} > 0,05$). Средний возраст детей I группы составил $13,1 \pm 0,62$ года, а больных среднетяжелой персистирующей БА - $13,2 \pm 0,71$ года ($p > 0,05$). Длительность заболевания в группах сравнения существенно не отличалась. Так, в I клинической группе она равнялась в среднем $8,8 \pm 0,86$ года, а во II группе - $7,45 \pm 0,87$ года ($p > 0,05$).

Всем детям во внеприступном периоде проведено комплексное клиническое и параклиническое обследование, а также определение качества жизни по бальному опроснику Е. Джунипер, адаптированному для Украины [2, 3]. Оценка осуществлялась ребенком самостоятельно, охватывала период последней недели и выражалась в баллах. Рост суммарной балльной оценки отражал уменьшение неблагоприятного влияния заболевания на качество жизни пациента. Определение контроля над течением заболевания проводилось с использованием АСТ-теста [4,5], согласно которому каждый вопрос оценивался в баллах от 0 до 5. С улучшением контроля астмы росло суммарное количество баллов, а показателем удовлетворительного контроля считали количество баллов 16 и более.

Как альтернатива, для оценки контроля БА использовали критерии Глобальной инициативы по контролю и предотвращению БА (GINA, 2008) в балльной модификации [6]. Контролируемым течением считали при сумме менее шести баллов.

Полученные результаты анализировали с помощью методов биостатистики. Исследование проведено с соблюдением принципов биоэтики.

Оценка качества жизни проводилась дискретно по трем составляющим опросника (восприятие ребенком ограниченности собственной деятельности, оценка ним симптомов заболевания и состояния эмоциональной сферы), а также по всем пунктам в целом. Полученные результаты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели качества жизни школьников, страдающих тяжелой и среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой ($M \pm m$)

Группы сравнения	Количество детей	Критерии оценки качества жизни, баллы			Суммарная оценка качества жизни
		Ограничение собственной деятельности	Симптомы заболевания	Эмоциональная сфера	
I	18	21,1±1,2	40,0±2,7	34,4±2,7	96,5±5,2
II	18	22,1±1,7	45,5±3,4	42,4±2,7	110,1±7,1
p		>0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Несмотря на отсутствие статистически вероятных различий по показателям суммарной оценки качества жизни, оценка в 115 баллов и меньше наблюдалась у 13 школьников с тяжелой БА (72,2%), и лишь у 8 пациентов (45,6%) со среднетяжелым вариантом заболевания ($p_{\phi} > 0,05$). Эмоциональный дискомфорт, оцененный менее чем в 40 баллов, оказался присущим двум третям обследованных I клинической группы и только каждому четвертому ребенку из II группы ($p_{\phi} < 0,05$).

Вместе с тем школьники, больные тяжелой и среднетяжелой персистирующей БА, существенных различий в оценке воздействия патологии на их повседневную деятельность не отмечали. Не отличалась в клинических группах характеристика выраженности симптомов патологии, однако наблюдалась тенденция к худшей оценке детьми, страдавших тяжелой персистирующей БА. Особое значение в оценке детьми качества жизни приобрели ночные симптомы заболевания. Так, ночные просыпания ассоциировали со снижением качества жизни у детей I клинической группы ($r=0,59$, $p < 0,05$), а у пациентов со среднетяжелым БА эти корреляции оказались еще более выразительными ($r=0,73$, $p < 0,05$). Наличие эмоционального дискомфорта у пациентов I клинической группы оказалось, вероятно, связано с возрастом ($r = 0,67$, $p < 0,05$) и длительностью заболевания ($r = 0,65$, $p < 0,05$). То есть сам эмоциональный дискомфорт, присущий детям младшего школьного возраста, страдающим БА непродолжительный пери-

од времени. У школьников с тяжелой персистирующей БА с расстройствами эмоциональной сферы ассоциировала частота как дневных ($r=-0,57$, $p<0,05$), так и ночных симптомов ($r=-0,59$, $p<0,05$), оцененных по критериям GINA. Следовательно, с ростом суммарной балльной оценки дневной и ночной симптоматики уменьшалось количество баллов оценки эмоционального дискомфорта. Вместе с тем, у пациентов II клинической группы эмоциональной окраски вероятно приобретали длительные обострения заболевания ($r=-0,66$, $p<0,05$). Это, вероятно, связано с тем, что частота приступов при среднетяжелой персистирующей БА реже, чем при тяжелой, и каждый такой эпизод рассматривается как «неудача в жизни». Дети, больные тяжелой астмой, адаптированные к такому «стилю жизни», к частому чередованию приступов и улучшения, в ходе которых их эмоциональное состояние зависит от кратности появления дневных и, особенно, ночных симптомов.

Снижение оценки качества жизни у школьников обеих клинических групп связано с необходимостью периодического использования ингаляционной бронхолитической терапии для устранения проявлений БА и улучшения самочувствия. Так, частота применения карманного ингалятора с β_2 -адреномиметиком вероятно ассоциировала со снижением качества жизни детей I клинической группы ($r=-0,76$, $p<0,05$), в частности, за счет нарушений в эмоциональной сфере ($r=-0,63$, $p<0,05$). Согласно результатам АСТ, установлены вероятные взаимосвязи между потребностью в быстродействующем ингаляционном бронхолитике (регулярное использование оценивалось меньшим количеством баллов) и оценкой качества жизни пациентов со среднетяжелым персистирующей БА ($r=0,64$, $p<0,05$).

Достоверными оказались корреляционные связи изученных показателей качества жизни с контролем течения патологии. У школьников с тяжелой БА показатели качества жизни вероятно ассоциировали со степенью контроля течения, определенным по критериям GINA, 2008 ($r=-0,65$, $p<0,05$), одновременно у пациентов II группы - с контролем течения, оцененным по опроснику АСТ ($r=0,70$, $p<0,05$).

Выводы

1. Школьникам с тяжелой персистирующей бронхиальной астмой присущ вероятно значимый эмоциональный дискомфорт по сравнению с детьми со среднетяжелым течением заболевания.
2. Изменения в эмоциональной сфере детей с тяжелой бронхиальной астмой связаны с кратностью дневных и ночных симптомов, а у пациентов со среднетяжелым вариантом - с частотой приступов заболевания.
3. Снижение качества жизни у детей обеих групп вероятно ассоциирует с кратностью использования ингаляционных быстродействующих бронхолитиков.

Список литературы

1. Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Аллергология» [Электронный ресурс]: приказ МЗ Украины № 767 от 27.12.2005 // Режим доступа: www.moz.gov.ua.
2. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control / E.F. Juniper, P.M. O'Byrne, G.H. Guyatt, [et al.] // Eur. Respir. J. – 1999.- Vol. 14.- P. 902–907.
3. Juniper E.F. Validated questionnaires should not be modified / E.F. Juniper // Eur. Respir. J.- 2009.- Vol. 34.- P. 1015–1017.
4. Огородова Л.М. Тест по контролю над астмой у детей (CHILDRENASTHMACONTROLTEST) – современный инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой у детей, соответствующий новой концепции GINA 2006 / Л.М. Огородова, Е.Л. Тимошина // Педиатр. фармакол.- 2006. - №.3.- С.39-43.
5. Childhood Asthma Control Test [Электронныйресурс] /The American Lung Association // Режимдоступу:www.asthmacontrol.com/child.
6. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2008 [Электронныйресурс] / NHLBI/WHO work-shop report // National institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. – Date last updated: July 2008. – Режимдоступу: www.ginasthma.org.

КАТЕГОРИЯ ЗДОРОВЬЯ: ОПЫТ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА

Голубцов В.В., Делова Г.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Здоровье населения является важнейшим фактором национальной безопасности государства.

Психология здоровья (Health Psychology) вносит значительный научный вклад в исследование профилактики и охраны здоровья; предотвращение и лечение болезней; выявление форм поведения, повышающих риск заболевания; постановку диагноза и выявление причин нарушения здоровья; реабилитацию; совершенствование системы здравоохранения [1, 2].

Изучение представлений о здоровье на основе системного подхода как методологического принципа исследования позволяет лучше понять неиспользованные возможности профилактики определенных болезней, выявляет тенденции структурных преобразований в здравоохранении. Ухудшение популяционного здоровья свидетельствует о необходимости разработки и реализации эффективных программ медицинской профилактики и лечения (Разумов А.Н., 2006), а также внедрения программ по продвижению здорового образа жизни.

В связи с этим представляется актуальным проведение теоретического исследования, построенного на принципах системного подхода, предметом которого выступает категория здоровья.

Цель исследования – охарактеризовать основные теоретические подходы к пониманию здоровья на принципах системного подхода.

Результаты теоретического анализа системологической литературы позволяют утверждать, что системный подход как методологический принцип изучения сложных объектов, сформировавшийся в естествознании в 1960-70-х годах XX в. (Урманцев Ю.А., 1968; Бир С., 1971; Берта-ланфи Л., 1969 [3]; Блауберг И.В., Юдин Э.Г., 1973; Клир Дж., 1973; Кедров Б.М., 1974; Садовский В.Н., 1977; Анохин П.К., 1978; Уемов А.И., 1978; Bertalanffy L., 1966), впоследствии доказал свою состоятельность в различных областях науки и практики.

Системный анализ различных научных подходов к определению дефиниции «здоровье» отражает многомерность ее характеристик в разных отраслях знания.

Первые исследования в России причин здоровья и заболеваемости были проведены В.М. Бехтеревым, П.И. Куркиным, П.Ф. Лилиенфельдом-Тоалем, Е.А. Осиповым, М.В. Птухой, Н.А. Семашко, З.П. Соловьевым, С.А. Томилиным.

Здоровье становится объектом философско-социологического осмысления у А.В. Баранова, В.П. Казначеева, Ю.П. Лисицына, Л.Г. Матрос, Ф.Т. Михайлова, В.П. Петленко, М.И. Резника, В.Ф. Сержантова, А.К. Сухотина, П.Д. Тищенко, Г.И. Царегородцева, С.Я. Чикина. Влияние социально-культурных факторов на представления о здоровье были осмыслены в трудах М. Блакстер, Р. Вильямса, К. Поллок, С. Хельман, К. Эрцлиш, и др. Концепция общественного здоровья раскрыта в работах Д.Д. Бенедиктова, Л.Г. Матрос, Ю.П. Лисицына.

Анализ предметной области социологии здоровья и социологии медицины был проведен В.М. Димовым, В. Н. Ивановым, А.М. Изуткиным, В.М. Лупандиным, А.В. Сахно, А.В. Решетниковым, К.Н. Хабибулиным. Обзор сделанных Р.Дюбо, И. Илиичом, П. Кендалл, Т. МакКеоном, Р. Мертоном, В. Наварро, Т. Парсонсом теоретических изысканий показывает, что ученые пришли к выводу о медикализации общественного мнения. О функциях врачей и переходе ряда функций социального контроля к здравоохранению пишут в своих работах Э. Аннандейл, П. Бурдые, С. Неттлетон, А. Оукли, Х. Томас, Э.Фридсон, М.Фуко.

Место пациента и взаимодействие врача и пациента в системе здравоохранения проанализированы Д. Брауном, Д. Глейзером, И. Гоффманом, Н. Русиновой, Т. Парсонсом, А. Страуссом. Вопросы коммуникации по поводу здоровья отражены в трудах Д. Берло, М. Бейкера, Т. Броуин, К. Винсват, Х. Грэхам, А. Клайнмана, Л. Маймана, Л. Нортхауз, К. Роджерс, И. Розентока, П.Сорокина, Дж. Финнеган.

Понятия самосохранительного поведения, превентивного поведения, а также других видов поведения, связанных со здоровьем нашли свое от-

ражение в работах А.И. Антонова, И.В. Журавлевой, В.М. Медкова, Л.С. Шиловой.

Методики изучения здоровья и факторов, влияющих на него, были разработаны А.И. Антоновым, М.С. Бедным, М. Блэкстер, А. Вильямсом, А. Дутардом, И.В. Журавлевой, А.Е. Ивановой, Дж. Корнуэлл, Ж. Пьере, М. Филдом, Н.М. Римашевской, К. Эрцлиш, А.И. Антоновым, И.В. Журавлевой, С.А. Новосельским, Г.А. Поповым, П.П. Петровым.

Определение основных признаков здоровья человека является прерогативой медицины. В основу определения здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) положена категория состояния здоровья, которое оценивается по трем признакам: соматическому, социальному и личностному. Соматический – совершенство саморегуляции в организме, гармония физиологических процессов, максимальная адаптация к окружающей среде. Социальный – мера трудоспособности, социальной активности, деятельное отношение человека к миру. Личностный признак подразумевает стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни.

Российский физиолог И.А. Аршавский подчеркивает, что организм на протяжении всего своего развития не находится в состоянии равновесия или уравновешенности с окружающей средой. Наоборот, будучи неравновесной системой, организм все время на протяжении своего развития меняет формы своего взаимодействия с условиями окружающей среды.

Г.Л. Апанасенко(1998) указывает, что рассматривая человека как биоэнергоинформационную систему, характеризующуюся пирамидальным строением подсистем, к которым относятся тело, психика и духовный элемент, понятие здоровья подразумевает гармоничность данной системы.

А.Я. Иванюшкин предлагает три уровня для описания ценности здоровья: 1) биологический – изначальное здоровье предполагает совершенство саморегуляции организма, гармонию физиологических процессов и, как следствие, минимум адаптации; 2) социальный – здоровье является мерой социальной активности, деятельного отношения человека к миру; 3) личностный, психологический – здоровье есть не отсутствие болезни, а скорее отрицание ее, в смысле преодоления. Здоровье в этом случае выступает не только как состояние организма, но как «стратегия жизни человека».

Здоровье как способность адаптироваться к условиям окружающей среды, являющуюся результатом взаимодействия со средой, рассматривают Р.М. Баевский и А.П. Берсенева.

В отечественной литературе традиционно связывают состояние здоровья, болезни и переходных между ними состояний с уровнем адаптации. Л.Х. Гаркави и Е.Б. Квакина рассматривают здоровье, донологические состояния и переходные между ними состояния с позиции теории неспецифических адаптационных реакций. Состояние здоровья в данном случае характеризуется гармоничными антистрессорными реакциями спокойной и повышенной активации.

И.И. Брехман подчеркивает, что здоровье – это не отсутствие болезней, а физическая, социальная и психологическая гармония человека, доброжелательные отношения с другими людьми, с природой и самим собой. Он подчеркивает, что здоровье человека – это способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого источника сенсорной, вербальной и структурной информации.

Понимание здоровья как состояния равновесия, баланса между адаптационными возможностями (потенциал здоровья) человека и постоянно меняющимися условиями среды предложено В.П. Петренко.

По мнению Я.Л. Мархоцкого, Н.В. Петракова, Г. Парсонса, В.Ф. Попова, Ю.В. Шиленко и др. в системе общественных ценностей здоровье является «естественной, абсолютной и непреходящей» жизненной ценностью, благом, к которому нужно стремиться всю жизнь и которое предоставляет человеку возможность освоения других ценностей. В работах Н.М. Амосова, И.И. Брехмана, В.И. Величковского, Л.Г. Татарниковой и др. В структуре здоровья выделено несколько составляющих.

Основными компонентами здоровья являются соматическое, физическое, психическое, нравственно-духовное, характеристику которых дают Н.А. Агаджанян и В.И. Торшин, Н.М. Амосов, И.И. Брехман, В.И. Величковский, В.В. Колбанов и Г.К. Зайцев, Л.Г. Татарникова, В.Н. Шестакова и др., среди которых важное место принадлежит духовно-нравственному компоненту (Я. Корчак, В.И. Покровский, С.Л. Соловейчик и др.). Ю.П. Азаров, А.Е. Кондратенков, В.А. Сухомлинский и др. указывают на взаимосвязь нравственного и физического здоровья.

Системный анализ определений дефиниции здоровья позволяет сделать вывод о том, что это – сложная, многогранная и интегративная категория современной науки, имеющая ряд составляющих и характеризуется как физическое, психическое и социальное благополучие (ВОЗ); адаптация (Р.М. Баевский, И.Ф. Дементьева, В.М. Дильман, В.А. Лищук, Г.Л. Смирнов, Е.Г. Фадеев); ценность (А.Я. Иванюшкин, Я.Л. Мархоцкий, Г. Парсонс, Д.Н. Узнадзе); количественные и качественные резервы (Н.М. Амосов, Г.Л. Апанасенко, И.А. Гундарев, П.Л. Капица); потребность (В.И. Андреев, В.П. Казначеев, Н.М. Мартынова, А.Д. Сараев); целостное функциональное состояние (Л.П. Киященко, В.Г. Царфис, А.Г. Щедрина и др.).

Признание биопсихосоциальной сущности человека, необходимость его целостного видения стало предпосылкой к пересмотру концепции здоровья и болезни в медицине, а также взглядов на процесс лечения, роль пациента в нем и позицию врача по отношению к больному (Волков В.Т., Стрелис А.К. и др., 1995; Ловелле Р.П., Кудрявая Н.В., 1999; Lipowski Z.J., 1983). Стала очевидной необходимость больше внимания уделять больному как уникальной личности и оценки возможностей влияния свойств этой личности на формирование заболевания (Пезешкиан Н., 1993).

В конце XX в. появились концепции медицины противопоставляющие интеграцию, целостность, единство и системность дискретности и

дизинтеграции, свойственных прежней биомедицинской модели (Анохин П.К., 1980; Простомолотов В.Ф., Беялов Ф.И., 2005; Engel G.L., 1980; Lieberman J.A., Rush A.J., 1996).

В современной психологической науке тенденция интегрального междисциплинарного исследования человека впервые с большой полнотой и всесторонностью проявилась в школе Б.Г. Ананьева. Именно в трудах Б.Г. Ананьева (1969, 1977, 1980) обоснована идея комплексности проблем человека, предложен принципиально новый методологический подход к исследованию психики, отражающий ее целостный системный характер.

В соответствии с биосоциальной сущностью и системным характером психики человека (Анохин П.К., 1971; Ломов Б.Ф., 1975; Мерлин В.С., 1977; Платонов К.К., 1977; Веккер Л.М., 2000) были разработаны подходы к ее комплексному (Ананьев Б.Г., 1977) и системному (Ганзен В.А., 1984; Ломов Б.Ф., 1984, 2003) ее исследованию в психологии.

В связи с усложняющимся характером проблем психологии здоровья становится актуальным применение идей и методов системного подхода к рассмотрению задач лечения и восстановления больных нервно-психическими и психосоматическими заболеваниями, профилактики заболеваний, проблем психологического консультирования, психологической коррекции, психотерапии и социальной реабилитации больных (Перре М., Бауман У., 2002; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003; Соловьева С.Л., 2003; Блейхер В.М. с соавт., 2006; Александров А.А., 2008; Matthews J.R., Walker C.E., 1997; Antony M., Barlow D., 2004; Groth-Martnat G, 2005; Miles J., Gilbert P., 2005; Roberts M., Pardi S., 2005).

Выводы

Методологическая рефлексия системного рассмотрения проблем здоровья является научно обоснованной методологией.

Здоровье – сложная, многогранная и интегративная категория современной науки.

Принципами системного подхода к проблеме здоровья являются: отказ от определения здоровья как болезни; выделение системных, а не изолированных критериев здоровья. Основными компонентами последнего являются соматическое, физическое, психическое, нравственно-духовное здоровье.

Анализ системного исследования категории здоровья может способствовать расширению представлений о роли психологических факторов в патогенетических механизмах психических и психосоматических расстройств, лечении и реабилитации больных, профилактики заболеваний.

Список литературы

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. - СПб.: Речь, 2006. - 384 с.
2. Берталанфи Л. фон. Общая теория систем – критический обзор // Исследования по общей теории систем: Сборник переводов / Общ. ред. и вст. ст. В. Н. Садовского и Э. Г. Юдина. - М.: Прогресс, 1969. - С. 23-82.

3. Бовина И. Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы. Автореф. дис... д-ра психол. наук, - М., 2009. - 48 с.
4. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья: Дис. ... д-расоциол. наук : 22.00.01 Б. м., Б. г. 423 с. РГБ ОД, 71:04-22/43.
5. Фокин С.Г. Научно-методические основы управления риском здоровью населения в условиях мегаполиса. Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – СПб., 2011.
6. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование). Автореф. дис... д-ра психол. наук. - СПб, 2009.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЙЕНСА БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СИСТЕМА
ЕГО ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Горецкая А.Н.

Национальный аэрокосмический университет им. Н.Е. Жуковского
«ХАИ»
г. Харьков, Украина

Смещение акцента в медицинском обслуживании пациента на амбулаторное звено заставляет обращаться к поиску способов достижения полного соблюдения терапевтического режима и медицинских рекомендаций [2, с. 35]. Полноту соблюдения больными терапевтического режима определяют термином «комплаенс», который на сегодняшний момент имеет несколько определений. В данной работе мы придерживаемся определения, предложенного Л.Ф. Шестопаловой и Н.Н. Лесной, где комплаенс рассматривается как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Данный феномен формируется в ходе терапевтического сотрудничества как результат согласованности взглядов врача и пациента на симптомы болезни, ее прогноз и ожидаемые результаты лечения [4, с. 62].

В случае гипертонической болезни (ГБ) проблема комплаенса приобретает особое значение в связи с наличием жесткой схемы приема препарата, которой необходимо придерживаться на протяжении всей жизни. Несмотря на очевидные успехи в лечении гипертонической болезни, а именно эффективную гипотензивную терапию, обеспечивающую адекватный контроль над артериальным давлением (АД), существуют данные, что приблизительно 60% больных склонны прекратить прием препаратов после того, как достигли эффекта снижения АД, что может спровоцировать рецидив заболевания и значительно усложнить становление ремиссии [1, с. 56]. Прогнозирование терапевтического поведения больных, динамическая оценка правильности соблюдения ими медицинских рекомендаций и своевременное включение в терапевтическую программу методов опти-

мизации комплайенса позволяют значительно повысить эффективность лечения [3, с. 10].

Цель данного исследования – изучить особенности комплайенса больных ГБ и разработать систему психокоррекционных мероприятий, направленных на оптимизацию терапевтического поведения данной категории пациентов.

На основании комплексного психодиагностического исследования: были выделены основные типы комплайенса, характерные для больных ГБ – это смешанный, конструктивный и формальный типы.

Смешанный комплайенс – это тип комплайенса, который характеризуется неустойчивым, нестабильным отношением к терапевтическому режиму и широким репертуаром поведенческих реакций в рамках выполнения врачебных рекомендаций.

Данный тип имеет мозаичную структуру, в которой в разной степени представлены черты всех остальных вариантов комплайенса. При этом их соотношение и доминирующие компоненты изменяются на различных этапах стационарного и амбулаторного лечения.

Готовность лечиться повышается при ухудшении состояния, субъективно тяжелой симптоматике (высоких цифрах АД, головокружениях, шаткости при ходьбе, головных болях), понижается – при стабилизации артериального давления и улучшении самочувствия. Изменяется отношение к фармакотерапии – при относительно хорошем самочувствии и нормальных значениях АД больные отказываются от приема лекарств либо произвольно манипулируют дозировкой препаратов.

Конструктивный тип – данный тип комплайенса обеспечивает наиболее полное соблюдение терапевтического режима и характеризуется установкой на получение помощи, доверием к врачу, осознанием симптомов и последствий заболевания. Конструктивный тип, который обеспечивает наиболее полное соблюдение требований терапии, представлен недостаточно.

Формальный тип характеризуется частичным осознанием болезни, избирательностью в выборе фармпрепаратов и нарушением схемы их приема, формальным отношением к терапевтическим договоренностям, низким уровнем соблюдения требований терапии.

Установлено, что у 57% обследованных пациентов диагностирован смешанный тип комплайенса, конструктивный – у 33%, формальный – у 10%.

Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о том, что конструктивный тип комплайенса у больных ГБ, который наиболее полно обеспечивает процесс соблюдения терапевтического режима, представлен недостаточно. В этом плане разработка психокоррекционной системы для повышения готовности к лечению пациентов с таким хроническим заболеванием как гипертоническая болезнь, является актуальной и оправданной.

При разработке системы психокоррекции учитывались особенности комплайенса больных ГБ и были выделены основные задачи:

- 1) мотивация пациентов к оптимальному терапевтическому поведению;
- 2) коррекция нереалистических установок;
- 3) потенцирование навыков коммуникативной компетентности и саморегуляции;
- 4) выработка адекватной комплайенс-стратегии;
- 5) психологическое потенцирование гипотензивной терапии;
- 6) психологическое сопровождение больного на всех этапах лечения.

Основными психокоррекционными техниками являлись психообразовательный тренинг, техники релаксации, когнитивная терапия, рационально-эмотивная терапия.

Система психокоррекции состоит из 6 модулей и рассчитана на 12 часов интенсивных занятий на протяжении основного курса лечения. Основные модули: 1) иницирующий; 2) образовательный; 3) мотивационный; 4) модуль формирования ответственности; 5) тренинг развития коммуникативных способностей; 6) модуль закрепления терапевтических установок. Основные стратегии с учетом преобладающего типа комплайенса были следующие: при преобладании смешанного типа комплайенса необходимо стараться увеличить удельный вес конструктивного типа комплайенса, целесообразно развивать инициативу и уверенность, предотвращать формирование зависимости от врача, по возможности приобщать родственников к контролю за соблюдением режима в амбулаторных условиях. При доминировании конструктивного типа комплайенса в терапевтическом поведении акцент ставится на поощрении и поддержке существующего отношения к лечебному режиму, стимулировании самостоятельного поведения. При преобладании формального отношения к терапевтическому режиму – повышение уровня эмоционального участия в терапии, коррекция скептического отношения к лечению, разбор причин неудовлетворенности лечением, коррекция ригидных установок и предубеждений, тренировка умения распознавать симптомы, предотвращение стремления к ускорению выписки из стационара.

После проведения психокоррекционной системы была проведена оценка ее эффективности. С этой целью был проведен метод экспертных оценок. 10 экспертам (врачи-неврологи) выдавалась анкета, в которой были указаны фамилии пациентов и параметры психокоррекционного влияния. Экспертам необходимо было оценить каждого пациента по каждому параметру до проведения вмешательства и после.

Результаты показали, что у больных ГБ с доминированием смешанного типа комплайенса после реализации системы психокоррекции повысился уровень информированности относительно собственного здоровья, улучшились показатели степени выполнения медицинских рекомендаций и уровень ответственности за собственное здоровье. Пациенты занимали бо-

лее активную позицию в общении с врачом – задавали вопросы касающиеся физического состояния и особенностей фармпрепаратов.

Реализация психокоррекционного вмешательства у больных ГБ способствовала повышению уровня соблюдения терапевтического режима, мотивации к долгосрочному приему препаратов и сопровождалась положительной динамикой в межличностной и поведенческой сферах. Психокоррекционная система доказала свою эффективность и может быть рекомендована для дальнейшего использования.

Список литературы

1. Гуревич, К.Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию // Качественная клиническая практика. – 2003. – № 4. – С. 53-58.
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М: Медпрактика. – 2004. – 492 с.
3. Данилов, Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т.10, №1. – С. 8-14.
4. Шестопалова Л.Ф. Психологические факторы формирования комплаенса у больных с алкогольной зависимостью / Л.Ф. Шестопалова, Н.Н. Лесная // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – №3 (20). – С. 61-67.

АВТОРИТЕТНОЕ РОДИТЕЛЬСТВО КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Грицай Л.А.

Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина,
г. Рязань, Россия

В последние годы в отечественной научной литературе широко обсуждается вопрос о необходимости укрепления института семьи.

Ни для кого не секрет, что в России семья переживает острый кризис, приводящий к таким печальным явлениям современной действительности, как падение уровня ментального здоровья детей, связанного с понижением их интеллектуального потенциала, духовно-нравственных ценностей, усложнением процесса адаптации в обществе и т. д.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, ментальное здоровье — это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [1].

И в первую очередь формирование ментального здоровья ребенка предполагает верное родительское воспитание, создающее в семье благополучную атмосферу любви и понимания.

Исходя из этого, мы определили следующую цель данного исследования: на основе анализа научных источников рассмотреть основные характеристики феномена авторитетного родительства как значимого фактора формирования «метального здоровья» подрастающего поколения в российском социуме начала XXI века.

Теоретико-методологической основой исследования послужили философские положения о социальной обусловленности формирования и развития личности, ее поведения, деятельностный подход к анализу семьи.

Следует отметить, что понятие «родительство» является фундаментальной категорией социально-психологического знания, раскрывающего сущность поведения человека в семье и обществе. В отечественной науке сформировался социально-психологический подход (Т.А. Гурко, М.О. Ермихина, И.С. Кон, Р.В. Овчарова, В.А. Рамих) понимания данного феномена, базирующийся на изучении родительства как интегрального психологического образования личности, включающего в себя специфические социальные родительские роли и нормативные предписания культуры.

Одной из базовых категорий данного подхода является понятие «осознанного родительства» (Р.В. Овчарова, М.О. Ермихина, Е.Г. Смирнова), предполагающее высокую степень осознания отцом и матерью семейных ценностей, установок, ожиданий, позиций, чувств, родительского отношения и ответственности; понимание себя, своих реакций, мотивов родительского поведения, родительских мотивов, ценностей; понимание своего супруга, его реакций и мотивов семейного поведения; осознание своего родительского единства [2, 18].

Именно подобная модель родительства в целом соответствует авторитетному стилю семейного воспитания, описание которого было предложено Д. Баумринд 30 лет назад.

Заметим, что в типологии Баумринд содержательно описываются три основных стиля семейного воспитания: авторитарный, попустительский и авторитетный [3]. И если авторитарный стиль предполагает полное подчинение ребенка воле родителей, ограничение его самостоятельности, жесткий контроль и наказания в случае неповиновения, то попустительский стиль, напротив, принимается родителями, для которых характерно неумение, неспособность или нежелание руководить детьми. При таком стиле воспитания ребенок должным образом не направляется, практически не знает запретов и ограничений со стороны родителей или не выполняет их указаний.

Оба эти стиля в целом негативно воздействуют на психику ребенка, формируя либо постоянно настороженного, необщительного и неуверенного в себе подростка, либо эгоистичного, не готового к ограничениям и ответственности молодого человека.

Поэтому со всей очевидностью можно утверждать, что наиболее приемлемым как для самих родителей, так и для ребенка является авторитетный стиль семейного воспитания. Именно этот стиль избирается родителями, поощряющими личную ответственность и самостоятельность своих детей в соответствии с их возрастными возможностями. Родители требуют от детей осмысленного поведения и стараются помочь им, чутко относясь к их запросам. При этом они проявляют твердость, заботятся о справедливости и последовательном соблюдении дисциплины, что формирует ответственное социальное поведение.

Однако этот стиль не может сформироваться без осознанного отношения родителей к своим обязанностям, без должной родительской мотивации, опыта, накопленного в родительской семье, эмоциональной готовности к принятию ребенка и родительской ответственности.

Поэтому вслед за М.О. Ермихиной мы можем утверждать, что «осознанность является основой эффективного родительства и гармоничной семьи», так как именно осознание способствует дифференциации личностных смыслов своего опыта, что осуществляется через субъективное переживание течения собственной жизни, когда личность чувствует, что полностью отвечает за свою жизнь во всех аспектах [2, 18].

Более того, авторитетный стиль семейного воспитания является не только глубоко осознанным родителями, но и наиболее предпочтительным для формирования ментального здоровья детей, так как представляет собой наиболее гармоничную реализацию социальных ролей отца и матери, помогающих сформировать социально устойчивую личность ребенка.

Таким образом, авторитетное родительство рассматривается нами как осознанная и реализованная потребность в рождении, воспитании детей, предполагающая, с одной стороны, эмоционально-ценностное отношение к ребенку как объекту любви и заботы, а с другой – авторитетный стиль семейного воспитания, основывающейся на ответственном, гармонично выстроенном воздействии родителей на своих детей. Целью такого воздействия становится формирование у детей психической «жизнестойкости», то есть способности нравственно, гармонично и целостно реализовывать себя в социуме.

Авторитетное родительство как интегральная научная категория включает в себя содержательный (мотивы, родительские установки, взгляды, знания, представления, переживания, убеждения, суждения, ценности,) и сущностный компоненты (авторитетный стиль семейного воспитания, предполагающий стремление к сознательному родительству и гармоничному семейтворчеству).

Изучение авторитетного родительства требует глубокого анализа вопросов психолого-педагогической подготовки к родительству в современном социуме: формирования мотивационной сферы будущих родителей; педагогического просвещения, включающего в себя освоение знаний, умений и навыков обучения и воспитания детей; психолого-педагогического сопровождения и оказания помощи семье с детьми, что в конечном итоге

определяет выбор будущими супругами авторитетного стиля семейного воспитания.

Критериями авторитетного родительства выступают: сознательная мотивация на родительство; комплексное личностно значимое знание о гармоничных семейных отношениях (супружестве и родительстве); авторитетный стиль семейного воспитания; стремление к созданию в семье атмосферы эмоционального доверия, радости и взаимопонимания; ценностное отношение к детям и семейной жизни, предполагающее следование ценностям любви, целомудрия, многочадия, почитания старших; стремление личности к самореализации в супружеской жизни и родительстве.

На наш взгляд, в современном российском социуме существуют три группы условий становления авторитетного родительства: общественные, условия опыта родительской семьи и внутренние условия семьи.

К общественным условиям мы можем отнести социальное влияние на становление родительских позиций супругов. Это социальные нормы и стереотипы воспитания, принятые в данном обществе в данную историческую эпоху. Как уже отмечалось выше, общественные условия становления авторитетного родительства в современном социуме далеки от идеала.

Условия опыта родительской семьи определяются влиянием того стиля семейного воспитания, ценностей, установок, ожиданий, которые были приняты в этих родительских семьях супругов, так как «родительская компетентность, уровень родительской успешности, готовность стать родителем формируется с самого раннего детства, с первого опыта общения со своими родителями» [4].

Внутренние условия семьи определяются выбором супругов собственных родительских взглядов и убеждений, степенью осознанности родительства, особенностями супружеских отношений, согласованностью родительских ценностей и взглядов, способами решения психолого-педагогических и социальных проблем, возникающих в семье, позицией по отношению к детям.

Таким образом, становление авторитетного родительства как значимого фактора формирования «металльного здоровья» подрастающего поколения в российском социуме начала XXI века предполагает выполнение следующих условий:

1. Государственной поддержки родительства как общественного института, предусматривающей активную деятельность по созданию и реализации специальных государственных проектов, направленных на защиту отцовства, материнства и детства, включающих как социальную, медицинскую, экономическую поддержку семьи с несколькими детьми, так и формирование в обществе уважительного отношения к социальному статусу родителей. Сюда же входит координация работы СМИ по повышению престижа родительства и созданию положительного образа семьи в современном социуме.

2. Оказание психолого-терапевтической и медико-социальной помощи, предусматривающей создание психолого-социальных центров под-

держки семьи, которые бы консультировали родителей в вопросах воспитания детей, а также способствовали взаимодействию медицинских, общественных и религиозных организаций, благотворительных фондов, направленных на поддержку родительства.

3. Создание возможностей для психолого-педагогической подготовки к родительству, включающих в себя широкий спектр деятельности в учебно-воспитательном пространстве школ, колледжей и вузов в рамках обязательного и дополнительных компонентов образования: введение факультативных занятий, курсов по выбору, проведение открытых уроков, занятий и семинаров, посвященных семье, организацию встреч с многодетными родителями, концертов и праздников, проведение специальных психологических тренингов, посвященных гендерным установкам родительства и т.д. Важная роль при этом отводится грамотному и гармоничному взаимодействию школы и семьи.

В результате нашего исследования были сделаны следующие выводы:

1. В настоящее время в нашей стране ярко проявляет себя кризис родительства, который характеризуется неготовностью многих взрослых россиян к выполнению родительских обязанностей. Эти обстоятельства приводят к таким негативным явлениям современной действительности, как падение уровня ментального здоровья детей, связанного с понижением их интеллектуального потенциала, духовно-нравственных ценностей, усложнением процесса адаптации в обществе и т. д.

Поэтому перед современным социумом со всей очевидностью встает вопрос о возможных способах преодоления данных кризисных явлений. Одним из таких способов является определение категории авторитетного родительства.

2. Авторитетное родительство понимается как осознанная и реализованная потребность в рождении, воспитании детей, предполагающая, с одной стороны, эмоционально-ценностное отношение к ребенку как объекту любви и заботы, а с другой, – авторитетный стиль семейного воспитания, основывающейся на ответственном, гармонично выстроенном педагогическом воздействии родителей на своих детей.

3. С учетом изучения основных характеристик рассматриваемого феномена, возможно выделить три группы условий, способствующих гармоничному становлению авторитетного родительства: общественные условия, условия опыта родительской семьи и внутренние условия семьи.

Обозначенные условия позволяют определить способы преодоления кризисных явлений через государственную поддержку родительства, координацию работы СМИ, оказание семье с детьми психолого-терапевтической и медико-социальной помощи, а также создание возможностей для психолого-педагогической подготовки молодежи к будущим родительским ролям.

Таким образом, становление авторитетного родительства, с одной стороны, способствует целостной гармоничной реализации личности в се-

мье, а с другой, – оптимизирует взаимодействие семьи и социума, что, в конечном итоге, помогает укреплению российской семьи и формирует ментальное здоровье подрастающего поколения.

Список литературы

1. Ментальное здоровье. Определение ВОЗ
[//http://www.who.int/features/qa/62/ru/index.html](http://www.who.int/features/qa/62/ru/index.html)
2. Ермихина М. О. Формирование осознанного родительства на основе субъективно-психологических факторов: автореф. канд. психол. наук. – Казань, 2004. – 22 с.
3. Стили семейного воспитания Д. Баумринд // <http://psychhelp.rodin.ru/posle-rod/rod-stil.html>.
4. Савицкая Е. М., Фенькова Ю. Е. Проблема родительства: современный подход: материалы Второй научно-практич. интернет-конф. «Психология и семья»// <http://www.familypsychology.ru/conf/>.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПЕРОРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Гурова М.М., Хмелевская И.Г., Жизневская И.И.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Актуальность проблемы лечения хронических гастродуоденитов (ХГД) в детском возрасте связана как с высокой распространенностью данной патологии, так и с выраженной тенденцией к росту, составляющей более чем 100 случаев на 1000 детского населения [1].

В клинической картине у детей с ХГД помимо симптомов, характерных для поражения гастродуоденальной зоны, часто отмечаются изменения в статусе питания, которые проявляются, в первую очередь, сниженной массой тела, вследствие наиболее часто встречающейся в детском возрасте белково-энергетической недостаточности [2, 3].

Выраженность проявлений недостаточности питания во многом определяется особенностями течения основного заболевания, его длительностью. В тоже время сама недостаточность питания, вызывая биохимические и морфофункциональные изменения в организме, влияет на клинические проявления, длительность периода обострения, ухудшает прогноз заболевания и, соответственно, качество жизни этих больных. Так нарушения статуса питания могут приводить к нарушению биохимического и морфофункционального статуса организма, что в свою очередь вызывает снижение адаптационно-приспособительных реакций и утяжеление течения основного заболевания, приводящее, в конечном итоге, к ухудшению качества жизни пациента [5,6].

В связи с этим, своевременная диагностика и коррекция трофологической недостаточности приобретает немаловажное значение, наряду с этиологическим и патогенетическим лечением основного заболевания [2, 6]. Поэтому терапия ХГД у детей должна быть направлена не только на купирование основных симптомов заболевания, но и на коррекцию статуса питания, что в конечном итоге способствует улучшению качества жизни больных [2]. Под качеством жизни (КЖ), согласно современным представлениям, рассматривается интегральная характеристика физического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии, включающая оценку жизнедеятельности по следующим параметрам [3]: 1) физическое функционирование – способность к самообслуживанию и выполнению физических нагрузок различной интенсивности и характера; 2) ролевое физическое функционирование – степень, с которой физическое здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок, связанных с основной деятельностью; 3) шкалу боли – интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; 4) общее здоровье и жизнеспособность – восприятие своего здоровья в настоящий момент. Ощущение себя полным сил, энергии или, напротив, обессиленным; 5) социальное функционирование – социальная адаптированность и удовлетворенность уровнем социальной активности (общение), а так же степень, с которой физическое и эмоциональное состояние ограничивают его; 6) ролевое эмоциональное функционирование - степень, с которой эмоциональное состояние препятствует выполнению основной работы или иной повседневной деятельности, включая затраты времени, снижение объема работы и ее качества; 7) психологическое функционирование (или ментальное здоровье) - характеристика настроения, выраженности отрицательных эмоций и их влияние на восприятие своего здоровья в целом и повседневную деятельность.

Цель исследования: изучить клиническую эффективность и влияния на качество жизни дополнительного перорального питания смесью Берламин-модуляр («Берлин-Хеми», Германия).

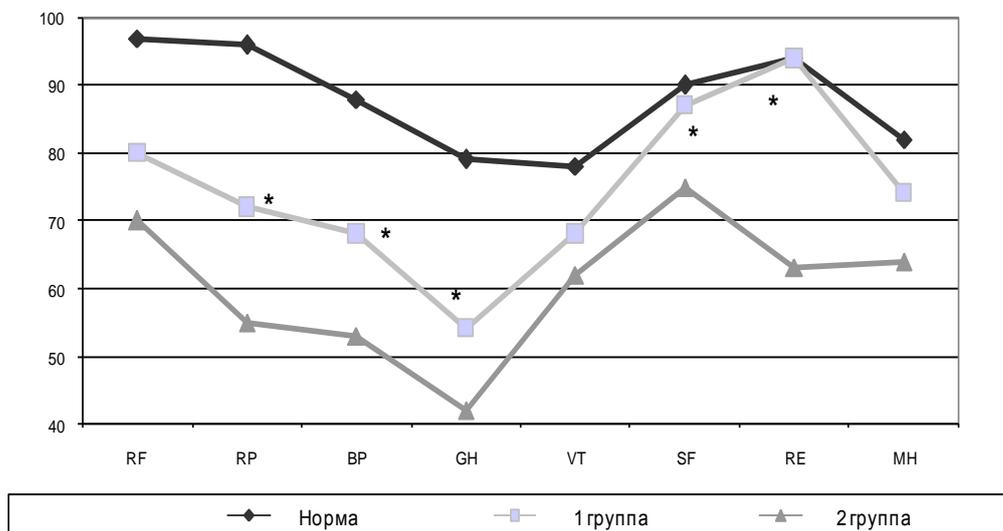
Материалы и методы исследования: было обследовано 90 детей старшего возраста с ХГД в фазе обострения. Основная группа включала 49 больных с ХГД и дефицитом массы тела 1 ст., соотношение мальчики: девочки - 28:21, средний возраст – $13,2 \pm 1,9$ года, средний вес – $40,5 \pm 5,5$ кг, группа сравнения включала 41 ребёнка. Соотношение мальчики: девочки – 25:16, средний возраст $12,5 \pm 1,8$, средний вес – $48,6 \pm 6,2$ кг. Метод организации выборки носил характер стратификационного отбора с формированием простой случайной выборки. Группы были сопоставимы по давности заболевания и выраженности клинических проявлений.

Всем больным проводилось традиционное для данной патологии общеклиническое и лабораторное обследование, эзофагогастродуоденоскопия, динамическое исследование качества жизни с использованием опросника SF-36. Все дети в качестве базисной терапии, получали препарат «Маалокс» по 1 таб. 4 раза в день. Больным основной группы дополни-

тельно 25% от суточной потребности в нутриентах и калорийности обеспечивалось назначением смеси «Берламин-модуляр», что составило 80-100 г/сутки, в течение 10 дней. Математико-статистическая обработка данных проведена с использованием программы Stat Soft Statistica 6.0. и Microsoft Excel 7.0 для Windows-XP.

Результаты исследования и их обсуждение: Установлено, что в основной группе детей с ХГД клинические проявления болевого абдоминального и диспептического синдрома регрессировали достоверно ($p < 0,05$), в среднем на 3 дня быстрее, чем у больных группы сравнения и коррелировали с более быстрым (в среднем на 5 дней) достижением клинико-эндоскопической ремиссии. Помимо более быстрой динамики купирования болевого синдрома, на фоне проводимой терапии, у детей основной группы, отмечалась большая прибавка в весе (в среднем до 2 кг) и увеличение индекса массы тела (в среднем на $1,2 \text{ кг/м}^2$) против $0,4 \text{ кг/м}^2$ в группе сравнения. При исследовании содержания общего белка и альбумина в сыворотке крови выявлено более значительное повышение показателей в основной группе. Кроме того, изучалось влияние дополнительного перорального питания на состояние микрофлоры кишечника. Следует отметить, что на фоне приема смеси отмечалась отчетливая тенденция к нормализации микрофлоры кишечника, характеризующаяся увеличением количества лактобактерий и бифидобактерий. Так исходно, в основной группе отмечались достоверно ($p < 0,05$) меньшее количество основных представителей нормального микробиоценоза кишечника: бифидобактерии составили $\lg 5,67 \pm 0,98 \text{ мт/г}$, лактобактерии - $\lg 6,86 \pm 1,1 \text{ мт/г}$. В группе сравнения - соответственно - $\lg 8,29 \pm 1,4$ и $\lg 7,68 \pm 1,3 \text{ мт/г}$. В основной группе на фоне приема «Берламина» отмечалось увеличение количества лакто- и бифидобактерий до $\lg 8,02 \pm 1,3$ и $\lg 8,34 \pm 1,5 \text{ мт/г}$, тогда как в группе сравнения существенных изменений не было выявлено.

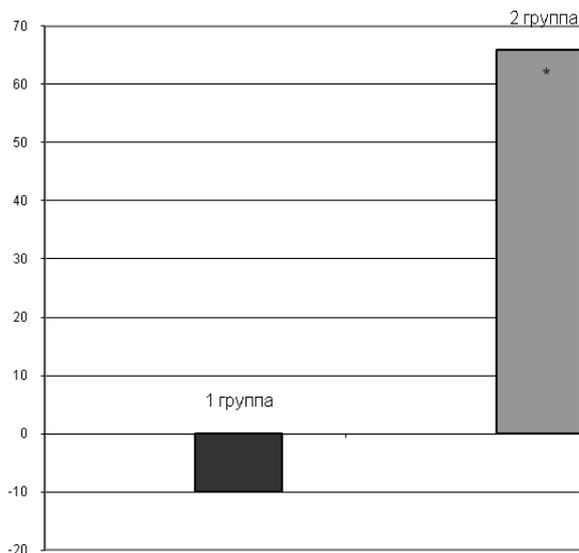
Оценка качества жизни у детей обеих групп перед началом терапии выявила значительную разницу, характеризующуюся более низкими показателями по всем параметрам у детей основной группы – 2 группа (см. рисунок 1). Особенно это касается показателей ролевого физического функционирования, оценки интенсивности болевого синдрома и влияния эмоционального состояния на выполнение той или иной повседневной деятельности. Интересно также отметить, что общая оценка своего здоровья и перспектив лечения, ощущение себя полным сил и энергии у детей с ХГД в группе сравнения (1 группа) была значительно выше, чем у детей основной группы, которые оценивали свое здоровье более пессимистично (см. рис. 1)



* - различие статистически достоверно ($p < 0,05$)

Рис. 1. Оценка качества жизни у детей, страдающих ХГД, с нормальной массой тела - 1 группа и имеющих нарушения питания – 2 группа (по оси абсцисс – показатели качества жизни: RF – физическое функционирование, RP – ролевое физическое функционирование, BP – боль, GH – общее здоровье, VT – жизнеспособность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое эмоциональное функционирование, MH – психическое здоровье; по оси ординат – баллы).

При изучении динамики качества жизни на фоне проводимой терапии и применения дополнительно усиленного перорального питания смесью «Берламин-модуляр», было отмечено следующее: при исходно лучших показателях у детей группы сравнения, после лечения качество жизни меняется незначительно. Напротив, в основной группе прослеживается улучшение параметров качества жизни, что наиболее заметно в графах, обозначающих снижение интенсивности болевых проявлений и их влияния на повседневную деятельность, улучшение оценки пациентами своего общего состояния здоровья и перспектив лечения, повышение жизнеспособности, т.е. ощущение себя полными сил и энергии (см. рисунок 2).



* - различие статистически достоверно ($p < 0,05$)

Рис. 2. Динамика суммарного показателя качества жизни при дифференцированной терапии ХГД по группам (по оси абсцисс: группы больных 1-группа сравнения, 2-исследуемая группа, по оси ординат суммарный показатель качества жизни в баллах).

Выводы

1. У детей с хроническими гастродуоденитами выявлена тесная взаимосвязь между характером и степенью нарушения статуса питания и выраженностью клинических проявлений болевого абдоминального и диспептического синдромов.

2. Коррекция статуса питания при ее выявлении у детей является такой же важной задачей, как и проведение этиологического и патогенетического лечения основного заболевания.

3. Применение усиленного питания смесью «Берламин-модуляр» в качестве дополнения к используемому в клинике диетическому питанию повышает эффективность лечения и улучшает качество жизни пациентов с ХГД и дефицитом массы тела за счет более быстрого купирования болевого синдрома, и, как было отмечено по данным проспективного наблюдения, способствовало уменьшению частоты обострений.

Список литературы

1. Баранов, А.А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, Е.В. Климанская // Педиатрия. – 1995. - № 5. – С. 48 – 51.

2. Бахман, Аллан Л. Искусственное питание / Аллан Л. Бахман: Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «Бином» – «Невский диалект», 2001. – 192с.3. Волков, А.И. Эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний у детей / А.И. Волков, С.С. Карпова, В.И. Ишков // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1995. - Т. 5, № 3.- Прил.1. - С. 53.

3. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: « Питер», 2000. – 512 с.

4. Лечебное питание при нарушении здоровья детей, обусловленного неблагоприятными экологическими факторами / Ладодо К.С. // 3 Конгресс педиатров России «Экологические и гигиенические проблемы педиатрии» (27-28 окт. 1998г., г. Москва). - М.,1998. – С.34 - 35.

5. Современные принципы питания детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах / И.Я. Конь // 3 Конгресс педиатров России «Экологические и гигиенические проблемы педиатрии» (27-28 окт. 1998 г., г. Москва). - М.,1998. - С. 30-31.

6. Хорошилов, И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию / И.Е. Хорошилов – С.Пб.: “Нордмед – издат”, 2000. – 376 с.

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В АСПЕКТЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И ЕЁ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Дереча В.А.

Оренбургская государственная медицинская академия,
г. Оренбург, Россия

Многие поговорки и пословицы хорошо иллюстрируют роль личности каждого человека в поддержании своего здоровья. Не случайно Ф. Ларошфуко уже давно отметил, что «можно излечить от безрассудства, но нельзя исправить кривой ум».

В повседневной жизни личность проявляет себя не столько своим внутренним содержанием, сколько поступками, деятельностью, поведением и образом жизни. О личности действительно судят не по словам, а по её делам, потому что именно в них находит своё выражение мотивационная типология личности и её поведенческий профиль. В принципе, каждый хотел бы быть здоровым, однако отдельные оздоровительные методы и процедуры не дают желательного и стабильного улучшения здоровья, потому что не затрагивают целостную психосоматическую структуру человека. Ещё Сократ говорил, что «тело не более отдельно и независимо от души». В этом плане новую парадигму здоровья четко и конструктивно определил академик Н.М.Амосов: «Чтобы стать здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные. Заменить их ничем нельзя». Совершенно очевидно, что это усилия собственной личности по формированию и поддержанию здорового образа жизни.

Структура здорового образа жизни по З.Н. Вайнеру должна включать следующие факторы: оптимальный двигательный режим, рациональное питание, рациональный режим жизни, психофизиологическую регуляцию, психосексуальную и половую культуру, тренировку иммунитета и закаливание, отсутствие вредных привычек и валеологическое образование. Как видно, стремление к достижению здоровья за счет какого-либо одного средства принципиально неправильно, поскольку не охватывает всего многообразия взаимосвязей функциональных систем, формирующих

организм человека, и связей самого человека с природой – всего того, что в конечном итоге определяет гармоничность его жизнедеятельности и собственно здоровья.

Данные всеобъемлющие связи человека так или иначе преломляются через потребностную сферу личности и мотивы её поведения. Психодинамическая концепция личности З. Фрейда потому и отводит решающее значение в изучении психики человека трёхсистемной энергетической структуре личности, в которой главная роль принадлежит побуждениям, мотивам, влечениям, конкурирующим и борющимся за то, чтобы определять поступки человека и его образ жизни. Таким образом, потребность быть здоровым, выраженная в словах индивидуума, вовсе не означает доминирования данной потребности в глубинах психики, что постоянно наблюдают у больных алкоголизмом психиатры-наркологи.

Изучение личности в психологии мотивации (Л.И. Божович, Б.С. Братусь, К.Левин, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, Г. Меррей, В.Н. Мясищев, Г. Олпорт и др.) привело к пониманию того, что главной силой, мотивирующей поведение и образ жизни, становятся приобретенные личностные интересы, ценности и смыслы. Отсюда вытекает проблема воспитания быть здоровым и социального научения быть здоровым. Исследование социальных мотивов личности (А. Адлер, А. Маслоу, А.В. Петровский, Э. Фромм, К. Хорни и др.) показало, что человеческие потребности, вырастающие из сложной природы человека, определяются в дальнейшем условиями существования. Иначе говоря в контексте вопроса о здоровье, всецело быть здоровым хочется более всего тогда, когда условия жизни позволяют радоваться ей и эта радость жизни ощутимее всевозможных потребительских удовольствий и наслаждений.

Об этом свидетельствует психологический анализ личностной зависимости: курение, алкоголизм, наркомании, игровая зависимость и др. Возьмем, к примеру, стремление к азартным играм. В качестве причины, которые, если не определяют, то способствуют патологическому азарту и провоцируют его, являются такие факторы, как доступность азартных игр для детей и подростков; фетишизация денег в семье и (или) в обществе; воспитание в духе брошенности или безразличия; чрезмерное стремление индивидуума к эмансипации; инфантильное стремление к всемогуществу и ожидание неограниченного удовлетворения своих желаний; протестный настрой и агрессивное отношение к реальной действительности; отсутствие подлинной ответственности за себя и возложение ее на фортуны и на везение.

Влечение к азартным играм - это не просто мотив поведения. Это одержимость личности потребностью, с одной стороны, испытывать удовольствие от самого процесса игры, а с другой - ощущать надежду выиграть и мечтать об удовлетворении многих других потребностей и от этого предвкушать радость жизни и чувствовать собственную значимость. Такие переживания наиболее выражены у субъектов закомплексованных, с внутриличностными конфликтами, с чувствами вины или тревоги, у личностей

экзистенциально слабых или «заброшенных» (по терминологии экзистенциальной психологии), а также у личностей, агрессивно настроенных против общества.

Д.А. Леонтьев в одной из своих работ отмечает патогенную значимость широко распространённого в обществе чувства смыслоутраты, чувства бессмысленности жизни, прямым следствием чего являются рост самоубийств, наркоманий, агрессии, насилия, психических заболеваний, в том числе специфических ноогенных неврозов (неврозов смыслоутраты по В. Франкл). На этот фактор следует обращать внимание не только у взрослых больных игровой зависимостью, но и особенно у подростков, потому что и у тех, и у других имеет местонедостаточная насыщенность жизни реальным позитивным чувством, что создает более или менее выраженный вакуум жизненных смыслов.

А. Маслоу подчеркивал, что если мы имеем дело с людьми, реализовавшими себя, то это значит, что мотивация их поведения являлась связанной с реальным ростом и подлинным совершенствованием личности. Если же состояние человека характеризуется чувством нереализованности себя, то мотивация его поступков определяется неудовлетворёнными запросами, а поведение становится диссоциальным, аддиктивным, девиантным.

Изучение больных игровой зависимостью (особенно в процессе их психотерапии) указывает на то, что у них имеет место глубокое неудовлетворение как базовых (первичных) потребностей, так и вторичных (метапотребностей) по А. Маслоу. Причем, в большей мере не удовлетворены социальные потребности: в справедливости, в доброте, в истине, нравственности, порядочности, красоте, в единстве и общности, в устроенности жизни и т.п. Выражаясь языком А. Маслоу по отношению к больным игровой зависимостью можно говорить о наличии у них «метатарасстройства»), характеризующегося тем, что это прежде всего изменения в социальной сфере личности.

Из сказанного следует, что всех людей условно можно разделить на три категории в зависимости от того, как их личностные потребностные и поведенческие профили влияют на здоровье:

1. Здоровый человек – тот, у кого при врачебных осмотрах и специальных обследованиях не обнаруживаются ни явные, ни скрытые признаки болезни и у кого, наряду с этим, хорошее физическое и душевное самочувствие и кто полноценно функционирует, т.е. кто своим поведением и образом жизни соответствует как своим личностным запросам, так и требованиям общества.

2. Условно здоровые люди также не обнаруживают на данный период явных или скрытых признаков патологии как таковой, но в то же время испытывают либо постоянные, либо эпизодические состояния физического дискомфорта (возможны даже ощущения боли), перепады настроения, душевную неуравновешенность, пониженную стрессоустойчивость и недостаточный адаптивный потенциал, неспособность в полной мере соответ-

ствовать требуемому уровню социального функционирования и духовно-нравственным критериям.

Особую категорию среди условно здоровых составляют те лица, которые не научились беречь и укреплять своё здоровье, не заботятся о своём организме всячески его перегружают, например, работой или лежанием, едой или воздержанием от неё, курением, алкоголем, длительными просмотрами телепередач, блужданием в интернете, стимулирующими напитками, азартными играми, сексуальными эксцессами, злоупотреблением лекарствами при самолечении, различными «диетами», пищевыми добавками и т.п.

К категории условно здоровых людей следует относить также лиц, одержимых «смертными грехами», т.е. безнравственными страстями, умертвляющими в человеке его божественное начало. В далёкие времена выделяли семь «смертных грехов», сейчас таких пороков насчитывается значительно больше: жадность, алчность, корыстолюбие, жестокость, зависть, злословие, клевета, ложь, обман, коварство, высокомерие, надменность, лень, лесть, лицемерие, плутовство, мошенничество, себялюбие, хвастовство, цинизм, эгоизм, трусость, тщеславие, бесчестность, непорядочность, малодушие, безволие, предательство и мн. т.п.

Важно понимать, что условно здоровый человек не имеет клинических признаков заболевания организма (тела и души), но у него наличествуют признаки социального, духовного и нравственного нездоровья, а оно неизбежно раньше или позже приведет к физическим и (или) психическим болезням.

3. Собственно больные люди: временно или хронически страдающие определенной болезнью или (чаще) несколькими заболеваниями. При этом личность больного, его поведение и отношение к себе и к своей болезни могут, в одних случаях, способствовать развитию болезни и её утяжелению; в других случаях, - препятствовать неблагоприятному течению заболевания и помогать себе выздороветь или приспособиться к жизни, если болезнь оказалась тяжелой.

Социальное научение личности тесно связано с поведенческим анализом (А. Бандура, Б.Д. Карвасарский, А.Е. Климов, Р. Кэттелл,

А. Лазарус, Г.Олпорт, Дж. Роттер и др.). Речь идёт о способностях усвоения моделей поведения; интернальном или экстернальном локусе контроля здоровья и образа жизни; о поведенческом анализе, как методе выявления «техник реагирования и существования»; о благоприятствовании или неблагоприятствовании поведенческого профиля индивидуума жизненным успехам, в т.ч. в усилиях по сохранению и укреплению здоровья.

Б.Д. Карвасарский отмечает, что цель поведенческого анализа – функциональное и структурно-топографическое описание поведения. При проведении поведенческого анализа существует несколько подходов. Один из них представляет собою наиболее отработанную схему:

- 1) описать те конкретные события, детальные элементы и признаки ситуаций, которые обнаруживают отчетливую связь с поведением;
- 2) выявить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, планы, намерения, установки, проанализировать их в плане настоящего, прошлого и будущего;
- 3) установить биологические факторы, влияющие на поведение;
- 4) изучить путем наблюдения и описать моторные (вербальные и невербальные), физиологические, эмоциональные и когнитивные поведенческие проявления;
- 5) оценить (количественно и качество) последствия поведения (в данном случае – последствия поведения для здоровья индивидуума).

Список литературы

1. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь.-М.,1998. – 301 с.
2. Дереча, В.А. О видах и механизмах личностной зависимости / В.А.Дереча.- Оренбург, 2001.-120с.
3. Дереча, В.А. Человек в поисках острых ощущений/В.А. Дереча.- Оренбург,2006. - 92с.
4. Дереча, В.А. Психология и психопатология личности / В.А. Дереча. - Оренбург, 2009. - 307с .
5. Дереча, В.А. Как сохранить здоровье учащейся молодёжи / В.А. Дереча, Н.П. Сетко.- Оренбург, 2009. - 47с.
6. Клиническая психология / Под ред.Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 2004.-960с.
7. Леонтьев, А.Н. Деятельность, сознание, личность./А.Н. Леонтьев.- М.:Госполитиздат, 1975.-304с.
8. Мясищев, В.Н. Личность и отношения человека/В.Н. Мясищев// Психология отношений. – Москва-Воронеж, 1995.-С.342-353.
9. Петровский, А.В. Личность в психологии с позиции системного подхода/ А.В. Петровский//Вопр.психол.-1981.-№1.-С.57-66.
10. Allport G.W. The open system personality theory / G.W. Allport//J.Abnorm.Soc.Psychol.-1960.-v.61.-P.301-310.
11. Bandura,A.The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes / Bandura A., Brancharel E.B. and Ritter B.//J.Pers.Soc.Psychol.-1969.-P.173-199.
12. (Calvin S.Hall, Gardner Lindzey) Холл, Кэлвин С. Теории личности. / Кэлвин С. Холл, Гарднер Линдсэй. –М.:КСП+,1997.-720с.
13. (Frager Robert, Fadiman James) Фрейджер, Р. Личность. Теории, упражнения эксперименты. / Роберт Фрейджер, Джеймс Фейдимен. Пер. с англ. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК,2006. - 704с.
14. (FranclV.) Франкл, В. Человек в поисках смысла/ В.Франкл.- М.,1990. - 368с.
15. (Freud S.) Фрейд, З.Психология бессознательного/З.Фрейд.- М.,1989. - 448с.

16. (Helle L. A., Ziegler D.J.) Хьелл, Л. Теории личности. / Л.Хьелл, Д.Зиглер. - СПб: Издательство «Питер», 2000. - 608с.

17. (Horney K.) Хорни, К. Невротическая личность нашего времени / К.Хорни.-М.,1993. – 480 с.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧИМОСТИ КАТЕГОРИИ «ЗДОРОВЬЕ» ДЛЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ АУДИТОРИИ

Дремова Н.Б.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Понятие «здоровье» отражает одну из фундаментальных характеристик человеческого существования, форму его жизни. Поэтому его значимость переосмысливается индивидом всякий раз, когда социальная жизнь претерпевает глубокие изменения в общественных отношениях, экономических и технических возможностях человека [2].

Ценностное содержание здоровья аккумулируется в отношении человека к своему состоянию, которое обеспечивает успешную (достойную, приемлемую для данных условий) жизнедеятельность. Вместе с отношением человека к здоровью выстраивается система его ценностных ориентаций, предпочтений, целей, без которых человеческое существование лишается смысла [4].

В содержание понятия «здоровье» как ценности человека включают множество субценностей, имеющих смысложизненное значение для человека. Поэтому о здоровье говорят как об универсальной ценности.

Целью настоящего исследования является изучение значимости важных жизненных ценностей и конкретно категории «здоровья» для современной студенческой аудитории.

Для участия в медико-социологическом исследовании были приглашены студенты Курского государственного медицинского университета разных курсов и факультетов. Ответили на предлагаемые вопросы подготовленной нами анкеты 200 человек, в т.ч. по 100 мужчин и женщин. В подготовке анкет, распространении и их статистической обработке приняли участие студенты факультета экономики и управления здравоохранением А. Боев и Д. Зюкин. Анкетирование проводилось анонимно в марте-апреле 2008 г.

В процессе первого этапа исследования после обработки полученных анкет по блоку социально-демографических характеристик респондентов сформирован их портрет, имеющий следующие характеристики: мужчин и женщин по 50%; возраст – 18-29 лет – 96%; место жительства – город 82,5%; среднемесячный доход – меньше 1 прожиточного минимума 62,5% (на момент анкетирования 4300 руб.).

В анкету включено 10 блоков вопросов (133), в частности: портрет респондента 5 (3,8%); рейтинг жизненно-важных ценностей 1 (0,8%); здо-

ровье – 17 (12,8%); семейные ценности – 23 (17,3%); отношение с друзьями – 16 (12,0%); стабильность – 10 (7,5%); образование – 18 (13,5%); работа – 15 (11,3%); духовные ценности (религиозные убеждения) – 16 (12,0%); материальные ценности – 12 (9,0%).

На втором этапе исследования были получены результаты по рейтингу жизненно-важных ценностей для студентов КГМУ. Для этого необходимо было проранжировать 8 общечеловеческих ценностей (Березин И., 1996) [1] и присвоить 1 место (1 балл) самое значимое и важное для респондента той, которая соответствует мнению студента. Далее присваивается 2, 3 и т.д. до 8 места другим ценностям в порядке снижения значимости. В результате статистической обработки получены средние значения суммы баллов, набранные по ответам респондентов.

Итак, общий рейтинг жизненно-важных ценностей для студентов КГМУ сложился следующий:

- 1-2 места в рейтинге с суммой среднего количества баллов 2,85 заняли две ценности: семья и здоровье, причем у мужчин превалирует здоровье (2,32), а затем семья (2,72); у женщин абсолютное первенство отдано семье и семейным ценностям (любовь, дети, супружество) (1,85), затем идет здоровье (2,25). Нужно отметить, что в наших ранних исследованиях именно семейные ценности превалировали в таком рейтинге [3]. Ранее значимость категории здоровье была значительно ниже – примерно 5-6 место в рейтинге, но в настоящее время активная пропаганда здорового образа жизни и повышение информированности общества в вопросах здравоохранения позволили ей занять в рейтинге общечеловеческих ценностей в студенческой аудитории достойное место;

- 3 место в рейтинге студенты отдали отношениям с друзьями (4,07);
- 4 место занимает образование с суммой баллов 4,38;
- 5 место однозначно отдано материальным ценностям (деньги и пр.) с суммой баллов 4,90;
- 6 место принадлежит работе (5,09);
- 7 место респонденты отдали стабильности (5,83);
- 8 место, последнее в рейтинге жизненно важных ценностей занимают религиозные убеждения – 7,18.

В блок анкеты по категории «здоровье» включены вопросы, касающиеся утренней зарядки, спорта, самолечения, распорядка дня, профилактики болезней, контроля за весом, выполнения предписаний врача, активного отдыха, вредных привычек, важности здоровья для карьеры, нетрадиционной медицины, оценки собственного здоровья.

Результаты статистической обработки анкет по перечисленным выше вопросам систематизированы в табл. 1 SWOT-анализа как отрицательные и положительные моменты (или слабые и сильные стороны).

Как следует из данных табл. 1, выявлен целый ряд положительных моментов, подчеркивающих ответственное отношение студентов к своему здоровью. В частности получены следующие результаты:

- спортом занимаются активно 19,5%, а периодически 49,0% респондентов, в сумме это значительная доля 68,5%;
- положительно относятся к лыжам, конькам, бегу, различным спортивным мероприятиям, которые используют в качестве активного отдыха от работы и процесса обучения 96,0% респондентов;

Таблица 1

SWOT-анализ мнений студентов по блоку анкеты «Здоровье»

Отрицательные моменты (слабые стороны)	Положительные моменты (сильные стороны)
1. Нерегулярность утренней зарядки, ее отсутствие. 3. Несоблюдение распорядка дня. 5. Употребление алкогольных напитков часто и редко. 6. Курение постоянно и иногда. 8. Рациональному питанию не придают особого значения. 11. Развитое самолечение. 13. Безразличное и отрицательное отношение к методам нетрадиционной медицины.	2. Занятие спортом регулярно или нерегулярно. 4. Положительное отношение к активному отдыху. 7. Отрицательное отношение к наркотикам. 9. Осуществляют контроль собственного веса. 10. Применяют витаминные препараты. 12. Соблюдают назначенный врачами лекарственный режим. 14. Положительное отношение к профилактике болезней. 15. Признают важность влияния фактора здоровья на деловую карьеру. 16. Оценка собственного здоровья хорошая.

* Примечание: порядковый номер моментов соответствует номеру вопроса в анкете

- студенты высказали отрицательное мнение по отношению к наркотикам – 88,0%, остальные 12,0% отметили терпимое или безразличное отношение;
- больше половины студентов – 56,5% стараются держать себя в форме и осуществляют контроль за собственным весом;
- значительная часть студентов принимают с профилактической целью витаминные препараты – 67,5%, причем 53,5% периодически, а 14% регулярно;
- доминирующее большинство респондентов – 97,5% выполняют предписания врачей, если приходится обращаться к ним за медицинской помощью; вместе с тем таких «аккуратных» больных оказалось всего 34,0%, остальные 63,5% следуют врачебным назначениям не в полной мере и не всегда точно;
- также доминирующее большинство положительно относится к профилактике различных заболеваний – 83,5%;
- вместе с тем почти все участники опроса (98,5%) считают, что факторы здоровья оказывают влияние на формирование карьеры: в 72,5% случаях в высокой степени.

В заключении этого блока вопросов респондентов просили оценить собственное здоровье по пятибалльной шкале. Результаты, с одной стороны, неплохие, так как 96,0% опрошенных считают свое здоровье нормаль-

ным. С другой стороны, в этой когорте анкетированных лиц, оценивших свое здоровье на отлично, оказалось всего 7,0%, хотя по возрасту это молодое поколение (см. социально-демографический портрет респондента). Половина респондентов оценили свое здоровье на хорошо – 52,0%, и треть – 37,0% – на удовлетворительно.

Заслуживают пристального внимания отрицательные моменты в оценке некоторых вопросов анкеты. Так, установлено безответственное отношение студентов к утренней зарядке, т.к. 60,0% делают ее от случая к случаю, а 32,5% никогда.

К сожалению, наши студенты – преимущественная их часть (76,5%) не придерживаются распорядка и проводят день как получится. Этот фактор явно оказывает отрицательное влияние на здоровье, так как у большинства людей в течение суток отмечаются волнообразные изменения работоспособности.

В процессе исследования установлено, что основная доля студентов – 83,5% употребляют алкогольные напитки, преимущественно редко (75,0%). Примерно пятая часть респондентов (17,0%) постоянно курят, а вместе с теми, кто курит иногда – 29,5%, их доля составляет 46,5%, т.е. почти половина курящих.

Исследование показало, что чуть больше половины респондентов – 56,5% не придают проблеме рационального питания особого значения. В меньшинстве – 43,5% стараются в условиях обучения все-таки сбалансировать свое питание, соблюдать необходимый режим приема пищи.

Известно, что традиционная классическая медицина отрицательно относится к самолечению, т.к. бесконтрольный прием лекарств может привести к возникновению негативных последствий и различных осложнений. Вместе с тем, в настоящее время ВОЗ рассматривает самолечение как право человека на заботу о своем здоровье, поэтому этот термин звучит как «самопомощь». Вышеуказанную тенденцию подтверждают и наши результаты исследования: 69,0% респондентов занимаются самолечением в случае легкого недуга, а 14,5% всегда лечится самостоятельно, т.е. 83,5% (доминирующая часть) относится к самолечению положительно.

Также тенденцией развития медицины последних десятилетий является широкое распространение нетрадиционных методов лечения, таких как: иглоукалывание (акупунктура), гомеопатия, бальнеология, фитотерапия и др. Изучая мнение студентов медицинского вуза по отношению к этим видам медицины, установлено, что для большинства – 60,0% – оно безразличное; положительное мнение о них имеют треть – 30,0%, а 10% опрошенных считают эти методы неприемлемыми для лечения.

Подводя итоги опросу, можно отметить, что положительных моментов в отношении респондентов к собственному здоровью больше и, на наш взгляд, по весомости они превосходят отрицательные. Полученные результаты вполне объясняют и вышеприведенную оценку студентов собственного здоровья.

На рис. 1. представлен контур мнений студентов по основным пунктам блока «Здоровье», построенный по максимальным значениям.

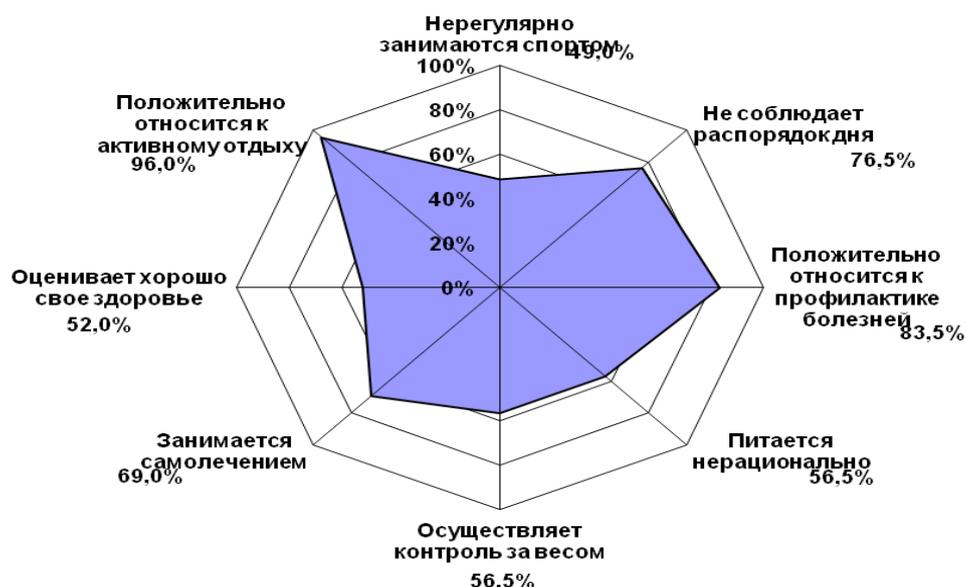


Рис. 1. Контур мнений студентов по блоку «Здоровье»

Таким образом, проведенное социологическое исследование выявило неоднозначность мнений и суждений студентов по вопросам здоровья, здорового образа жизни. На наш взгляд, студент медицинского вуза – будущий медицинский работник должен формировать у себя больше положительных ценностных ориентиров, что в дальнейшем позволит ему сохранить свое здоровье, но, главное, тех лиц, которые будут обращаться к нему за медицинской помощью.

Список литературы

1. Березин И. Маркетинг сегодня. – М.: Менеджер, 1996. – 128 с.
2. Вартапетова Н.В., Карнушкина А.В. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии // Здоровоохранение. – 2011. – № 9. – С. 76-84.
3. Дремова Н.Б. Потребитель и лекарство // Газета Medforum (фармация, медтехника, здравоохранение). – 2007. – № 1. – С. 6.
4. Коган Н.Н. Жизненные ценности как основа жизнедеятельности и поведения личности // Высшее образование сегодня. – 2008. – № 9. – С. 44-48.

**ЗДОРОВЬЕ КАК ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ:
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**
Дремова Н.Б., Соломка С.В., Хорлякова О.В., Ярошенко Н.П.
Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В последние годы в социологических исследованиях различных групп населения убедительно прослеживается положительная тенденция изменения отношения российских граждан к своему здоровью. Такая закономерность была отмечена и за рубежом, но несколько ранее примерно с 80-90-х годов XX столетия. В российских исследованиях такой период наступил с конца XX – начала XXI века. Рост популярности здорового образа жизни, противостояние быстрому старению и увеличение продолжительности жизни, желание многих членов общества хорошо выглядеть и зависимость карьерных успехов от здоровья привели к формированию новых стандартов жизни и ценностных установок важности хорошего здоровья. Современные деловые люди следят за своей внешностью и чувствуют себе гораздо моложе своего биологического возраста, тем более этому способствуют изменения потребительского рынка, в тенденциях которого постоянное увеличение товаров для здорового образа жизни [3].

Проведение социологических опросов населения по различным аспектам состояния жизни, социума, политики, в т.ч. здравоохранения и здоровья членов общества и их семей, основано на методе наблюдения за выборочной совокупностью респондентов на определенный период времени [2].

Однако большую ценность представляет выявление тенденций в развитии того или иного экономического или общественного явления, которые можно выявить в процессе мониторинга, т.е. систематического наблюдения за этим явлением в течение длительного выбранного периода времени с целью оценки, контроля или прогноза [4].

В наших маркетинговых исследованиях потребителей лекарственных средств (ЛС) с использованием метода социологического опроса по специально подготовленной оригинальной анкете получены первичные данные по различным медицинским и фармацевтическим аспектам [1]. Статистическому анализу подверглись 380 заполненных анкет в 2002 г. и 470 в 2010 г.; исследование проводилось в городах Центрального федерального округа (Курск, Белгород, Орел, Воронеж, Москва, Тула). Выборка является репрезентативной для $p = 0,95$ и ошибке $\Delta = 0,05$. Для темы настоящего исследования выбраны ответы на вопросы в блоке анкеты по самооценке потребителями своего здоровья.

Цель исследования - установить тенденции в оценке важности категории здоровья для населения и отдельных видов здоровья в процессе мониторинга 2002/2010 гг.

Объекты исследования- анкеты медико-социологического исследования потребителей ЛС, всего 850 анкет.

Методы исследования - структурный, сравнительный, статистический, графический анализы, ранжирование, социологический опрос.

На первом этапе опроса респондентам предлагалось проранжировать восемь из перечня жизненно-важных ценностей, в числе которых и «здоровье» (наиболее значимая ценность – 1 место, значимая – 2 место и т.д.) (табл. 1).

Как следует из данных табл. 1, категория «здоровье» прочно занимает второе место в рейтинге россиян общечеловеческих ценностей в первом десятилетии нового века. Она уступает только семейным ценностям (любовь, дети). Такой результат фиксируется и в других медико социологических исследованиях (это касается только семейных ценностей и здоровья, по другим категориям результаты не равнозначны и зависят от сегмента респондентов).

Таблица 1

Рейтинг общечеловеческих ценностей по данным мониторинга

Ценности	2002	2010	Изменения 2002-2010 г.
1. Работа	3	3	-
2. Общение с друзьями	4	4	-
3. Образование	5	5	-
4. Семейные ценности (любовь, дети)	1	1	-
5. Здоровье	2	2	-
6. Религиозные убеждения	6	8	-2
7. Стабильность	7	7	-
8. Деньги, мат. ценности	8	6	+2

В процессе второго этапа исследования изучалось отношение потребителей ЛС к различным видам здоровья.

Известно, что категория «здоровье» предусматривает полное физическое, психическое и социальное благополучие, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (определение ВОЗ). В связи с этим прежде чем задать вопрос респонденту, в анкете было дано определение каждого из вышеперечисленных видов здоровья.

Так, под физическим здоровьем понимается способность к движению, выполнению повседневных задач, наличие болей и т.д. Психическое здоровье подразумевает отсутствие нервного напряжения, раздражительности, депрессии, апатии и т.д. Социальное здоровье предусматривает коммуникабельность как взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружбу, степень одиночества и т.д.

Для самооценки видов здоровья респонденту предлагались следующие оценки – «отлично» «хорошо» «удовлетворительно» «неудовлетворительно». Если респондент затруднялся в оценке, то можно было отметить в колонке «затрудняюсь ответить». Статистическая обработка анкет осуществлялась на ПЭВМ с использованием редактора Microsoft Excel, результаты представлены в табл. 2. Из статистических величин рассчитывались доли ответов с самооценками отдельных видов здоровья в % (табл. 2, колонки 2, 3, 4), их среднее значение (колонка 5) и общих оценок состояния здоровья (колонка 6). По строкам таблицы приведены данные за 2002 г., 2010 г. и изменения показателей 2010г. по отношению к 2002 г. в виде их разницы.

Таблица 2

Мониторинг самооценки отдельных видов здоровья по результатам медико-социологических исследований 2002/2010 гг. (%)

Оценки	Вид здоровья / доли респондентов %				
	Физическое	Психическое	Социальное	Среднее значение	Общая оценка
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1. Отлично					
2002	10,5	14,2	17,9	14,2	9,2
2010	18,9	14,3	17,2	16,8	11,5
измен. ±	+ 8,4	+ 0,1	- 0,7	+ 2,6	+ 2,3
2. Хорошо					
2002	34,2	34,7	48,4	39,1	36,6
2010	42,1	41,7	52,1	45,3	50,2
измен. ±	+ 7,9	+ 7,0	+ 3,7	+ 6,2	+ 13,6
3. Удовл.					
2002	40,5	41,3	28,2	36,6	51,0
2010	34,9	35,7	28,6	33,1	35,3
измен. ±	- 5,6	- 5,6	+ 0,4	- 3,5	- 15,7
4. Неудовл.					
2002	3,7	2,9	1,8	2,8	1,6
2010	2,6	6,2	0,2	3,0	2,8
измен. ±	- 1,1	+ 3,3	- 1,6	+ 0,2	+ 1,2
5. Затрудн. отв.					
2002	11,1	6,9	3,7	7,2	1,6
2010	1,5	2,1	1,9	1,8	0,2
измен. ±	- 9,6	- 4,7	- 1,8	- 5,4	- 1,4

Интерпретация результатов

- Выявлены следующие тенденции по оценке физического здоровья: рост хороших и отличных оценок - соответственно +7,9% и + 8,4%;

снижение удовлетворительных и неудовлетворительных оценок: -5,6% и -1,1%; значительно уменьшилось количество респондентов, которые затруднялись оценить свое физическое здоровье: в 2010 г. таких было всего 1,5%, снижение показателя составляет - 9,6%.

В целом общие доли лиц, считающих этот вид здоровья отличным и хорошим, варьируется в исследуемые периоды: 2002-44,7% и 2010-61%, причем отмечается значительный рост этого показателя (рис. 1) на +16,3%. Сократилась общая доля лиц, оценивших свое физическое здоровье оценками «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»: 37,5% против 44,2%, разница составляет - 6,7%.

- Аналогичные тенденции (рост доли оценок «отлично» и «хорошо» и снижение доли оценок «удовлетворительно и неудовлетворительно») установлены и по показателям психического здоровья, социального здоровья и общей самооценки здоровья (таб. 2, рис. 1).

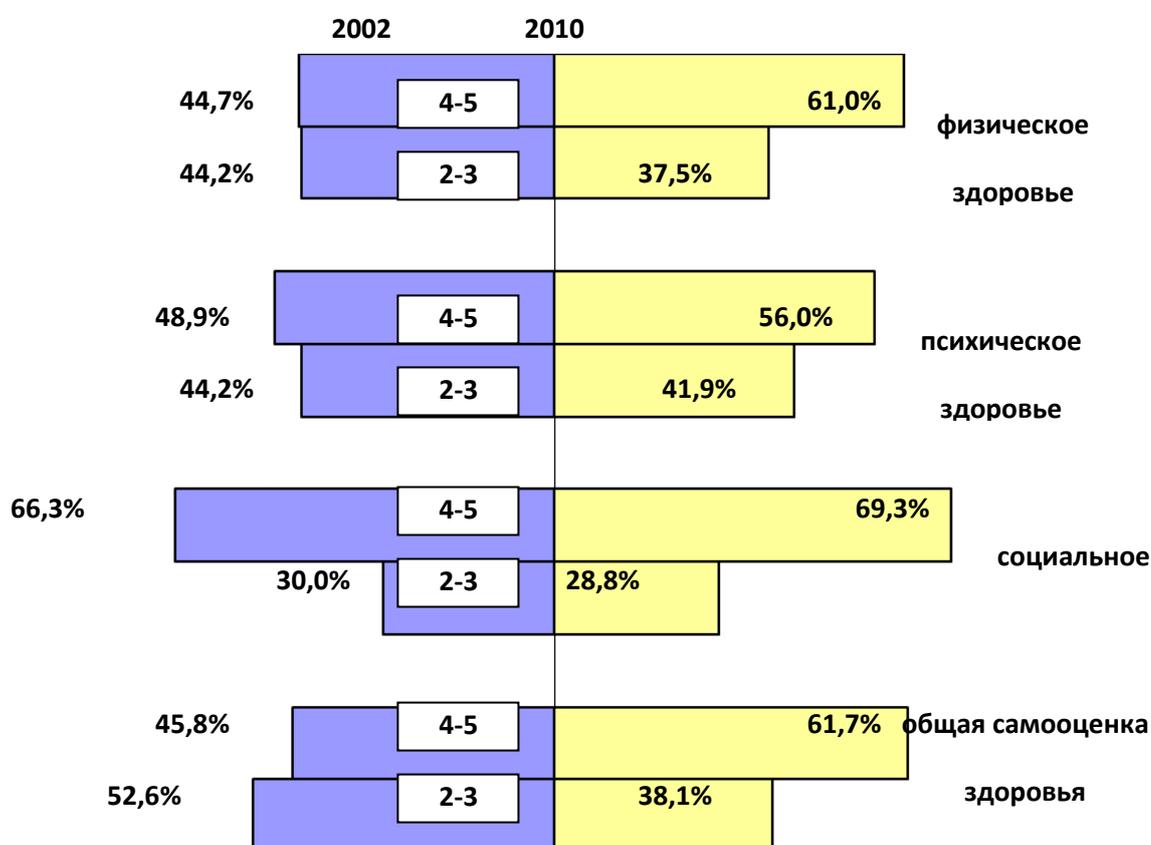


Рис. 1. Структура самооценки здоровья населения по данным мониторинга 2002/2010 гг.

Таким образом, можно однозначно утверждать, что для современного потребителя (больного, посетителя аптеки) здоровье является важной категорией для его жизни, что мотивирует его интерес доступным к меди-

цинским и фармацевтическим знаниям. Так, если в 2002 г. 45% респондентов оценивали свой уровень медицинских знаний как «небольшой» (критерии высокий, средний, небольшой, нет знаний), 36,3% как «средний», то в 2010 г. эти цифры уже были 54,1% как средний и 31,4% как небольшой. Оценки собственных знаний о ЛС примерно аналогичные: в 2002 г. сложилась следующая структура: хорошие – 15,5%, достаточные – 37,1%, недостаточные – 47,4%, никаких нет – 0%; в 2010 г. хороших немного больше – 16,8%, достаточные возросли значительно на +12,5% и составили 49,6%; недостаточные уменьшились на 14,6% – их доля стала равна 32,8%; никаких нет – 0,9% в данной выборке.

Выводы.

Медико-социологические исследования в форме мониторинга являются важным инструментом в методологии научного познания социальных явлений не только в области медицины и здравоохранения, но и в целом в обществе. В настоящем исследовании мониторинг позволил выявить высокую значимость категории «здоровья» и тенденции в улучшении самооценок населения различных видов своего здоровья, что является фактом положительных изменений в отношении населения к своему здоровью.

Список литературы

1. Дремова Н.Б., Соломка С.В., Хорлякова О.В. Фармацевтическая осведомленность и предпочтения потребителей лекарственных средств // Экономический вестник фармации. – 2003. – № 2. – С. 19-26.
2. Калмыков А.А. Самооценка состояния здоровья пациентами – неотъемлемая часть изучения здоровья контингента негосударственной коммерческой медицинской организации // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 3. – С. 60-65.
3. Малыгин А. Российский рынок Farma-Beauty: возможности или опасность? // Аптечный бизнес. – 2007. - № 5. – С. 26-29.
4. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины. – М.: ММА, 2000. – 238 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ХАРАКТЕР ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ОТВЕТА И УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дробот Е.В., Горбань В.В.

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Россия

В настоящее время достигнуты успехи в лечении язвенной болезни, связанные с обоснованием роли хеликобактерной инфекции в патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Однако ЯБДК не является "чистой" инфекционной патологией, и личностный, психовеге-

тативный, гемодинамический компоненты, несомненно, играют важную роль. Так, в патогенезе ЯБДК сосудистому фактору придаётся особое значение, гемодинамические нарушения отрицательно отражаются на выполнении любой физиологической нагрузки, в том числе и на пищеварении, снижая при этом качество жизни (КЖ) больных ЯБДК. Изучение КЖ в настоящее время актуально, так как является совокупным критерием, характеризующим заболевание с различных позиций.

Цель настоящего исследования: изучить взаимосвязь между КЖ больных ЯБДК, адекватностью постпрандиального гемодинамического ответа и степенью субъективной тревожности пациентов (ПГО).

Под наблюдением находилось 105 человек, из них 40 испытуемых в возрасте от 18 до 44 составили контрольную группу (КГ) и 65 больных ЯБДК не осложненной формой в фазе активной дуоденальной язвы (возраст от 18 до 56 лет). Диагноз ЯБДК был подтверждён эндоскопически. Из исследования исключались больные, злоупотребляющие алкоголем и другими психоактивными веществами. Оценка КЖ больных проводилась по опроснику SF-36. Модель, лежащая в основе опросника, состоит из 8 шкал физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Региональный удельный объём кровотока брюшной области (УОКбр) изучали методом тетраполярной реографии натошак, а также через 60 минут после приема пищи (590 ккал). Для характеристики степени выраженности тревоги у больных ЯБДК использовался опросник «Личностная шкала проявлений тревоги». Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Пороговый уровень статистической значимости принимается при значении критерия $p < 0,05$.

Анализ полученных данных свидетельствует, что в КГ через час после еды УОКбр увеличивался в среднем на 28,2% ($p < 0,05$), что рассматривалось как адекватный ПГО. У больных ЯБДК к этому же времени УОКбр в среднем снижался на 23,8%. Анализ индивидуальных колебаний гемодинамических показателей свидетельствовал, что у 54 больных ЯБДК (83,1%) УОКбр через час после еды снижался в среднем на 30,2% (1 группа), что оценивалось как парадоксальный ПГО. У 11 человек – 16,9 % (2 группа) УОКбр возрастал в среднем на 23,2% – адекватный ПГО. Кроме того, установлено, что у больных 1 группы преобладал высокий уровень тревоги - 65%, а в 24% случаев наблюдался средний уровень тревоги с тенденцией к высокому. Во 2 группе высокий уровень тревоги у больных был выявлен только в 27%, доминировал средний уровень тревоги с тенденцией к высокому 45%, а средний уровень с тенденцией к низкому был выявлены в 27% случаев.

Сравнительный анализ показателей КЖ в зависимости от характера ПГО показал, что у пациентов с патологическим ПГО (1 группа) КЖ

в значительной степени снижено в сравнении с больными с адекватным ПГО (2 группа). Так, КЖ в 1 группе по шкале ФФ снижено на 43%, РФФ на 78%, ИБ на 36%, ОЗ на 35%, ЖА на 32%, СФ на 28%, РЭФ на 63%, ПЗ на 26%.

Таким образом, качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки сопряжено с адекватностью постпрандиального гемодинамического ответа, соответственно полноценностью процесса пищеварения, а также степенью выраженности субъективной тревожности.

Список литературы

1. Белобородова Э.И., Корнетов Н.А., Гладилина Е.К., Белобородова Е.В. и др. Влияние психических нарушений на качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки //Сибирский медицинский журнал. – 2011.- № 3. - С.83-85.

2. Колесникова И.Ю. Качество жизни, психологический статус и особенности течения заболевания у больных при язвенной болезни // Клиническая медицина.-2001. - № 6. - С.44-46.

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПОДРОСТКОВ - ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

Дробот Н.Н.

Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Россия

Изменения, происходящие сегодня в обществе, выдвинули целый ряд проблем, одной из которых является вопрос социальной адаптации и интеграции в общество детей, больных туберкулезом. Заболеваемость детей и подростков в России составляет 18,7 на 100 тысяч детского населения. Ежегодный риск первичного инфицирования детей микобактериями туберкулеза (МБТ) составляет в России 2%, отмечается усугубление течения всех форм туберкулеза. В настоящее время лечение больных туберкулезом проводится по стандартным схемам, в которых в недостаточной степени учтены индивидуальные особенности течения болезни. При этом не всегда принимают во внимание факт стрессогенной реакции в ответ на сообщение больному о диагнозе «туберкулез», особенности психологического и эмоционального статуса больного.

Изучен психологический статус 37 подростков. Мальчиков было 62%, девочек - 38%. Детей из гармоничных семей 29%, остальные – из неполных и асоциальных. 31% больных из семей, где были случаи смерти родителей или близких родственников от туберкулеза. В 62% случаев установлен семейный контакт с больным туберкулезом.

Для психологических исследований использовались личностные опросники Айзенка, определители уровня тревожности, опросник Минимульт, Торонтская алекситимическая шкала, Гиссенский опросник. У

находящихся под наблюдением больных преобладала инфильтративная форма туберкулеза легких. В результате проведенного психоневрологического исследования установлено, что среди изучаемого контингента преобладали подростки из глубоко неблагоприятной социальной среды. У 65% больных заболевание протекало на фоне сенсорной и эмоциональной депривации. Для этой группы больных характерны реакции вытеснения болезни, отсутствие желания вылечиться, низкий уровень самооценки болезни, уход от болезни, но повышенное настроение от того, что «не надо идти в школу». У подростков из гармоничных семей преобладал тревожный тип отношения к болезни, особенно при его фобическом варианте. Среди этой категории больных в 22% случаев наблюдались депрессивные эпизоды и истерия, преимущественно у девочек. Госпитализация у большинства усиливала преморбидный фон и негативные эмоциональные реакции: подавленность, невротические реакции, депрессии. В этих условиях важен эмоциональный контакт с врачом и медицинским персоналом. При отсутствии этих факторов возможен эмоциональный срыв, закрепление невротического состояния. При динамическом наблюдении за больными в 30% случаев установлено ухудшение психоэмоционального статуса. Нельзя исключить тот факт, что негативация психоэмоциональной сферы может повлиять на течение туберкулезного процесса в сторону его прогрессирования. Клинико-рентгенологический анализ в сопоставлении с психостатусом пациентов показал, что у 35% больных с ипохондрическим типом отношения к болезни, концентрацией переживаний на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях отмечается снижение эффективности лечения туберкулезного процесса. Почти у 50% больных с выраженными реакциями вытеснения болезни, низким уровнем самооценки болезни, отсутствием желания лечиться так же установлен недостаточный эффект от проводимой противотуберкулезной терапии в сочетании с патогенетическим воздействием на патологический процесс.

Таким образом, проведенные исследования позволяют считать, что для полноценного заживления туберкулезного процесса необходимо изучение и анализ психологического, эмоционального статуса, что необходимо для индивидуализации лечения этой категории больных

Список литературы

1. Лукашова Е.Н., Игишева Л.Н., Копылова И.Ф. Психологические особенности больных туберкулёзом подростков // Проблемы туберкулёза, 2002, № 1. – С. 39 – 41.
2. Фирсова В.А. Туберкулёз у подростков: диагностика, клиника, лечение // Проблемы туберкулёза, 2003, №3. – С. 23 – 26.

ФЕНОМЕН ТЕЛА: МАТЕРИАЛЬНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕМАТЕРИАЛЬНОГО СУЩЕСТВОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

Дрынова М.В.

Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курской области,
г. Курск, Россия

Пережигина Н.В.

Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,
г. Ярославль, Россия

Все в природе взаимосвязано, «также и живой человек есть целостная система, находящаяся в единстве с условиями существования, не представляющая собой нечто застывшее, отлитое в одну совершенно законченную форму, а постоянно изменяющаяся от момента зарождения до момента смерти» (Царегородцев, 1966). Грань между человеком и средой его обитания относительна: в теле индивида происходят постоянные превращения, трансформации внешнего во внутреннее и наоборот. Человек является высшим продуктом развития живой материи, где форма и содержание, форма и функция находятся в единстве и взаимно обуславливают друг друга [4, с. 5].

В начале XX столетия прочно закрепился постулат о том, что целостность организма достигается благодаря деятельности нервной системы (НС), которая организует своими разветвлениями все органы и ткани тела, а телесность человека является материальным носителем личности и содержит в себе выраженную символическую составляющую. Именно тело обеспечивает «сбор» земной информации, ее контроль и осуществление личностно детерминированного поведения в процессе эволюции. В особых условиях, в которые человек ставит себя и свое тело, последнее может служить своеобразной «лакмусовой бумажкой» изменчивости личности, т.к. «Я-концепция» («Я-К») не имеет конкретного носительства в мозге или теле, но мозг и тело ее проявляют.

Феномен тела охватывает широкий круг проявлений индивидуальности человека – его осанку, особенности походки, внешние формы, черты лица, мышечную силу. Страдания организма, чаще всего, возникают не сами по себе и не на фоне инфекции, а за счет истощения НС, обусловленного преморбидными особенностями личности, ее поведением, смысловыми установками, жесткостью защит и незрелостью копинг-стратегий, что в итоге приводит к системным несвоевременным пластичным перестройкам структуры «Я-К» и последующему нарушению ее социально-психологической адаптированности. Для достижения своевременных перестроек в системе «Я-К» личность начинает использовать язык тела – «строить преграды» для тех форм поведения, которые еще более перерастягивают и перенапрягают ее структурные компоненты и механизмы, – что и приводит к развитию телесной дисфункции как таковой. Ситуация страдания призвана актуализировать дефицитные системы «Я-К» и довести до осо-

знания личностью ригидности ее структуры, несвоевременности смены форм и механизмов в ней, нарушения адаптации всех ее уровней.

Социализация телесности, безусловно, имеет и свой развивающийся психофизиологический план, еще очень мало исследованный с позиции психологического анализа. Организменные системы не остаются безразличными в ходе психогенного их опосредования и преобразуются в новые функциональные системы, обязательно включающие в себя психологические звенья их регуляции. Базовые функциональные системы складываются довольно рано. С этого момента телесные и психологические события следуют путями коэволюции. Процесс становления психологически опосредованных функциональных систем протекает гетерохронно. Разные организменные функции в процессе психосоматического развития обретают разную глубину и характер «психосоматичности» [2]. Мы полагаем, чем больше телесная функция имеет выходов в план открытого поведения, тем больше она культурно задана, тем отчетливее ее проявления отрегулированы набором социальных норм. Но, тем не менее, при этом мы ничего не можем сказать о степени и способности личности осознавать и регулировать скрытые (упроченные в ходе онтогенеза) функциональные системы, встроенные одновременно во внутренние механизмы и структуру «Я-К».

Перед лицом событий, охватывающих важнейшие жизненные отношения человека, где психологический орган, проводящий жизненный замысел личности сквозь неизбежные трудности и сложности, – воля – оказывается бессильной, и возникает специфическая для этой плоскости жизнедеятельности критическая ситуация даже незначительные изменения телесности могут стать источником бессознательного самоуничтожения личности [6], так как «тело располагается в некотором гипотетическом континууме, заполняющем разрыв между Ego и непроницаемой стеной непознанного, неосвоенного, непонятого, а посему и не имеющего никакой глубины познаваемого мира» [5, с. 53]. Более того, когнитивная оценка начинает подстраиваться под аффективную таким образом, что когнитивные искажения служат подтверждением аффективного отношения субъекта, что и приводит к дальнейшим изменениям в структуре «Я-К»: наличию мотивационных конфликтов, переживанию ситуации неуспеха, реальным или ожидаемым негативным оценкам со стороны значимых других и т.п.

Закономерно возникает вопрос о том, при каких обстоятельствах боль и состояния, ее обуславливающие, выносятся за рамки личности и её «Я-К»? Почему превращаются в некоторую призму, коэффициент жизни, преломляющий и качественно изменяющий смыслы и жизненные проявления человека?.. Ответом могут служить исследования Н.В. Пережигиной и Н.А. Русиной, рассматривающие проблему взаимодействия личности и болезни с позиции нейропсихологии и психосоматической медицины. По их мнению, существуют длительно развивающиеся в онтогенезе личностные predispositions к реализации того или иного варианта будущей болезни, определяемые ведущим типом межполушарной асимметрии и особенностями межполушарного взаимодействия. Данные факторы, в свою очередь,

обуславливают, как минимум, способ набора информации, профессиональный и личностный рост, а также репертуарный план используемых личностью адаптационных и защитных механизмов [3].

Исходя из данной точки зрения, можно предположить, что появление любых неприятных болезненных ощущений и изменений, осознаваемых и фиксируемых личностью, является закономерным следствием ситуации перерасхода внутриличностного адаптационного ресурса. Что указывает на то, что в самой структуре личности, её «Я-К» и механизмах имеют место быть пластичные ресурсные системы, позволяющие человеку сохранять адаптацию, жизнеспособность, профессиональное функционирование в условиях накапливающегося дефицита, порождающего личностный кризис, носителем которых является не только и не столько само физическое тело с его мозговой локализацией, сколько образное представление о теле, формируемое человеком в ходе сложного онтогенетического пути развития во взаимодействиях с матерью и всем его окружающим. Именно эта структура опосредует взаимодействие телесного плана существования человека и его сознания, входя одновременно и в физическое тело, через мозговое представительство, и в «Я-К», через образ тела, который детерминирует формирование «телесного Я». Вероятно, эти же механизмы презентации состояния реального тела (боль и патологические телесные феномены) могут иметь как восстановительный ресурс анализа ситуации и дальнейшего развития личности, так и угнетающий декомпенсирующий механизм в случае перерасхода защитных ресурсов, маскирующих сложную жизненную ситуацию, приводящий к запуску телесных и личностных перестроек, что лишний раз подчеркивает первичность личностных механизмов в запуске и развитии телесного страдания.

Таким образом, мы видим, что тело представляет собой некий психологический феномен, постигаемый чувственным созерцанием, – глубинную детерминанту самовыражения «Я» [1]. Также как и «Я-К» оно имеет определенную структуру, не сводящуюся только к скелету, мышцам и жидким фракциям, компоненты которой иннервированы и представлены в мозге в модальных и надмодальных системах по уровню интегрированности информации. Физическое тело встраивается в когнитивные системы и «Я-К» опосредованным способом – через образ тела и пластичные механизмы, регулирующие связи различного уровня между структурными компонентами личности. Каждая из этих структур, выполняя и реализуя определенные жизненные задачи, согласующиеся с «Я-К», посылает личности сигналы о качестве выполненной работы, о сделанных ошибках, о наличных и возможных ресурсах с помощью языка тела и определенного кода связи. В дальнейшем, нейропсихологические корреляты мозга дешифруют полученную информацию, но человек не может полностью осознать ее и быстро перестроить свое поведение, т.к. между телом и личностью стоит «Я-К» с защитными механизмами и копингами, которые обеспечивают закрытие осознания личностью наступающей дезадаптации и преобладание консервативных тенденций над прогрессивными. С другой стороны, лег-

кость смены «Я-К» также является предельным вариантом адаптивности («тип подлеца») и ведет к дисбалансу между ригидными и пластичными изменениями личности в новых, трудных, жизненных условиях.

Список литературы

1. Ложкин Г.В., Рождественский А.Ю. Феномен телесности в Я-структуре старшеклассников и содержании их жизненных проектов // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 2. – С. 27-33.
2. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608с.
3. Пережигина Н.В. Русина Н.А. Нейропсихологические корреляты особенностей совладающего поведения онкологических больных // Интеграция медицины и психологии в XXI веке / Под ред. проф., д.м.н. С.И. Блохина, проф., д.пс.н. Е.Т. Соколовой, доц., к.пс.н. Л.Т. Баранской. – Екатеринбург, 2007. – С. 287-303.
4. Присес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. – М.: Медицина, 1969. – 815с.
5. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287с.
6. Heinberg L.J. Theories of body image disturbance: Perceptual, developmental and sociocultural factors. – Washington: American Psychological Association, 1997. – P. 27-47.

АГРЕССИЯ В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА

Ерзин А.И.

Оренбургская государственная медицинская академия,
г. Оренбург, Россия

В настоящее время в Российской Федерации в психиатрических клиниках уделяется достаточно времени изучению когнитивной сферы у психически больных, в частности, страдающих шизофренией. Исследуются мышление, память, внимание, способность к абстрагированию. Однако мотивационно–личностная сторона психики больных, к сожалению, остается без должного внимания. И это не смотря на то, что такое серьезное психическое заболевание, как шизофрения, ведет, в конечном счете, к распаду не только когнитивных процессов, но и личности в целом.

В России среди многих специалистов в области психиатрии и клинической психологии сложилось мнение, что больные шизофренией не столь агрессивны и не представляют существенную опасность для окружающих в состоянии ремиссии. Между тем зарубежные специалисты в этой области свидетельствуют об обратном: существует корреляция между шизофренией и актами насилия (О. Кернберг (2001), П.Муллен (2006), А. Buchanan et al. (1993), R.S. Drake et al. (1991), Estroff S.E. et al. (1994)).

В настоящем исследовании определен актуальный уровень агрессии у больных шизофренией, изучены основные формы агрессивного поведе-

ния, выявлены скрытые бессознательные тенденции, лежащие в основе антисоциального поведения.

Нередко пациенты, находясь на стационарном лечении в психиатрических клиниках, пытаются скрыть от медицинского персонала особенности своего истинного поведения. В результате предпосылки агрессивного поведения остаются без должного внимания специалистов, что, в конечном счете, может привести к трагическим последствиям.

И хотя в последние годы научный интерес к проблеме агрессивности психически больных людей возрос [5], в нашей стране этот вопрос недостаточно изучен и требует разработки новых диагностических подходов, позволяющих не только оценить актуальный уровень агрессивности пациентов, но и выявить склонность данных лиц к открытому проявлению агрессии. Именно поэтому исследование особенностей агрессивности пациентов психиатрических клиник, разработка способов ее коррекции и профилактики является одной из самых актуальных задач современной психологической науки.

Целью настоящего исследования стало выявление латентных бессознательных агрессивных тенденций у больных шизофренией, изучение основных форм проявления агрессии у данного контингента пациентов.

В исследовании приняли участие 40 пациентов Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1 с диагнозом параноидная шизофрения в первом психотическом эпизоде.

В качестве методов были использованы: опросник Басса-Дарки, тест руки Э. Вагнера (Hand-тест).

При тестировании больных шизофренией опросником Басса-Дарки выявлено среднее значение индекса агрессивности для всей выборки – 15,5, что входит в границы нормы. Высокие значения указанного индекса встречаются в группе больных только в 5% случаев. Средний показатель индекса враждебности – 9,7. Однако у 40% испытуемых этот показатель находится на высоком уровне. В исследуемой выборке преобладающими являются следующие формы агрессивного поведения: подозрительность (5,18), вербальная агрессия (6,18) и чувство вины (5,78). С помощью проективного метода Hand-тест был получен индекс агрессивности в данной группе испытуемых (среднее значение) – 1,8. Полученный показатель превышает нормативные границы. В 62,5% случаев выявлены высокие значения указанного индекса. Коэффициент ожидаемой агрессии – 5,84 (в среднем для всей группы), что значительно выше границы нормы. Это свидетельствует о том, что у испытуемых превалирует истинно агрессивное поведение. Анализируя процентное соотношение отдельных категорий ответов пациентов, было выявлено, что в группе больных преобладают ответы из категорий агрессивность (16%), директивность (10,6%), зависимость (15,33%) и активные безличные ответы (30,13%).

Таким образом, при помощи опросника Басса-Дарки определен актуальный уровень агрессии и выявлены основные формы агрессивного поведения больных шизофренией (подозрительность, вербальная агрессия и

чувство вины). С помощью проективного метода Hand-тест обнаружены неосознаваемые тенденции-предикторы, повышающие риск возникновения открытого агрессивного поведения и способствующие реализации противоправных действий. Выявленные особенности представляют собой мишени психокоррекции и психотерапии.

Список литературы

1. Берковиц Л. Агрессия. Причины, последствия, контроль. М., 2001. – 512 с.
2. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. - СПб: Питер, 2001. – 352 с.
3. Запорожец А.В. Особенности агрессивного поведения. - М., 1991. – 317 с.
4. Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях/Пер. с англ. А.Ф. Ускова— М.: Независимая фирма «Класс», 2001. - 368 с.
5. Муллен П. Шизофрения и агрессия: от статистических корреляций к методам профилактики. Королевский колледж психиатрии, 2006.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ

Жизневская И.И., Гурова М.М., Никитина Л.В., Богомазов А.Д.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В последние десятилетия понятие «качество жизни» (КЖ) стало неотъемлемой частью медицинской практики, прочно вошло в клинические и медико-социальные исследования. Постепенная смена биомедицинской модели здоровья и болезни моделью биопсихосоциальной привела к необходимости учета собственного мнения человека о своем благополучии, что стало возможным благодаря разработке в педиатрии критерия КЖ (Ю.Л. Шевченко, 1999; А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2002).

Методология исследования КЖ основана на строгих принципах доказательной медицины, что особенно важно при оценке субъективного мнения человека. Результаты, полученные на основе использования международных стандартов, можно считать соответствующими современным требованиям (D. Fairclough, 1998).

В зарубежной педиатрии показатель КЖ активно используется в популяционных исследованиях для разработки возрастнo-половых нормативов, осуществления мониторинга различных контингентов детей, оценки эффективности профилактических мероприятий, определения комплексного влияния хронических заболеваний (С. Bisegger и др., 2005; E.K. Svavarsdottir. и др., 2006; J. W. Varni и др., 2006; H. L. Wee и др., 2006; U. Norrby и др., 2006; L. Rajmil и др., 2007; S. Saigal и др., 2007).

В клинической медицине показатель КЖ входит в стандарты обследования и лечения больных, используется для индивидуального монито-

ринга в процессе лечения больного, для оценки эффективности терапии и прогноза заболевания (J. W. Varni и др., 2005; L. A. Sleeper и др., 2006; M. Bullinger и др., 2006; C. Ramirez и др., 2006; H. I. Brunner и др., 2006; N. N. Yossef и др., 2007; H. Stam и др., 2007).

По мнению Баранова А.А. (2005 г.) изучение качества жизни необходимо расценивать как важнейшую задачу современной педиатрии [4].

В связи с тем, что хронические заболевания органов пищеварения занимают лидирующее место в структуре хронической соматической патологии у детей старшего возраста (Шарапова О.В., Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А., 2004), с наиболее частым поражением гастродуоденальной зоны (Щербаков П.Л., 2003) особого внимания заслуживает оценка КЖ у детей с патологией органов пищеварения [1, 3, 5].

Целью данной работы явилось исследование КЖ детей старшего школьного возраста с хроническими гастродуоденитами (ХГД) в фазе обострения.

Нами было обследовано две группы детей в возрасте от 12 до 18 лет. В первую (основную) группу вошли 104 пациента (средний возраст 14 лет), из них 52 мальчика и 52 девочки. Вторую группу сравнения образовали 108 практически здоровых детей (средний возраст 13,8 лет), из них 67 девочек и 41 мальчик.

Диагноз заболевания устанавливали на основании клинических данных, анамнеза и результатов стандартных лабораторных и инструментальных методов [2]. КЖ исследовалось с помощью адаптированного опросника SF-36. Респонденты заполняли опросник самостоятельно, в основной группе – при поступлении на стационарное лечение по поводу обострения заболевания. Опросник SF-36 состоит из 8 разделов. Значение КЖ по каждому разделу оценивали в баллах; подсчитывали суммарное количество баллов по всем разделам опросника. Статистическая обработка результатов исследования с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0 for Windows; различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Анализ результатов исследования показателей КЖ у 104 больных с патологией органов пищеварения позволил установить их достоверное снижение по сравнению со 108 здоровыми детьми по суммарному результату ($124,9 \pm 3,3$ против $139,3 \pm 2,7$ ($p < 0,05$)) и большинству разделов опросника. Изучение показателей КЖ у здоровых детей в зависимости от пола выявило достоверное их снижение у девочек по суммарному итогу ($137,3 \pm 1,7$ против $142,8 \pm 2,1$ ($p < 0,05$)). Полученные результаты подтверждают известную закономерность более высоких показателей КЖ в популяции здоровых мальчиков во всех возрастных группах, чем в популяции девочек.

Изучение показателей КЖ у больных детей в зависимости от пола выявило достоверное (и более значительное по сравнению со здоровыми) их снижение у девочек по суммарному итогу ($129,2 \pm 2,3$ против

120,6±2,2(p<0,05)), свидетельствующее о большем влиянии хронических гастродуоденитов на КЖ девочек, чем мальчиков.

При сравнении показателей КЖ 66 здоровых детей младшей (12 – 14 лет) и 42 детей старшей (15 – 18 лет) возрастных групп было обнаружено достоверное их снижение у старших детей по итоговому результату (145,3±1,3 против 130,4±2 (p<0,05)). Эти данные отражают особенности психического и соматического здоровья младших и старших детей группы сравнения.

Сравнение показателей КЖ 60 больных детей младшей и 44 детей старшей возрастных групп обнаружило отсутствие достоверной разницы детей по итоговому результату (125,3±2 против 124,2±2,8 (p>0,05)), но значительное их снижение по сравнению со здоровыми в старшей и младшей группах. При этом было выявлено достоверное снижение показателей КЖ у больных детей старшей возрастной группы. Полученные результаты свидетельствуют о более выраженном влиянии хронической гастродуоденальной патологии на КЖ детей младшей возрастной группы.

Выводы: на основании нашего исследования можно заключить, что качество жизни детей с хроническими гастродуоденитами, независимо от возраста, хуже КЖ здоровых школьников. При этом выявлено, что в группе пациентов с ХГД в наибольшей степени КЖ страдает у девочек и детей младшей возрастной группы.

Список литературы

1. Александрова В.А. Клинико-патогенетическая гетерогенность гастродуоденальных заболеваний у детей и немедикаментозные методы их коррекции: автореф. дис. д-ра мед. наук / В.А. Александрова. Л., 1994. – 42 с.

2. Александрова В.А. Современные методы исследования желудка у детей/ В.А. Александрова, М.Ф. Михеева, Ф.Н. Рябчук. СПб.; СПбМАПО. – 2000. – 24 с.

3. Хронический гастрит / Л.И. Аруин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков, Э.П. Яковенко. Амстердам, 1993. – 326 С.

4. Баранов А.А. Изучения качества жизни детей – важнейшая задача современной педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Валиуллина // Российский педиатрический журнал.-2005. - № 5. - С. 30-34.

5. Баранов А.А. Современные методы в изучении заболеваемости детского населения России /А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Е.В. Антонова // Российский педиатрический журнал. 2008. - № 5. – С. 4-7.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СИМВАКАРДОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС)

Жиляева Ю.А., Михин В.П., Костина Н.Л., Визиренко Н.А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Основной причиной смерти и инвалидизации населения по-прежнему остаются заболевания сердечно-сосудистой системы. В основе патогенеза ИБС лежит атеросклеротическое поражение сосудов, которое, как правило, носит системный характер. Причиной развития атеросклероза является нарушение обмена липидов. Одним из ранних событий атерогенеза является инфильтрация липопротеинов низкой плотности в интиму, где они подвергаются окислению и становятся атерогенными. ЛПНП взаимодействуют с макрофагами и проникают в субэндотелиальное пространство артерий, где их скопление дает начало формированию атеросклеротической бляшке. В результате атеросклеротического поражения изменяется соотношение толщины стенки к просвету сосуда, повышается периферическое сопротивление, увеличивается жесткость аорты и крупных эластических сосудов, приводящие к повышению скорости распространения пульсовой волны. В настоящее время широко обсуждается роль статинов в первичной и вторичной профилактике атеросклероза и ишемической болезни сердца. Статины не только снижают уровень холестерина в крови, но и оказывают прямое действие на основные звенья воспаления при атерогенезе. Однако влияние статинов на степень жесткости сосудистой стенки остается недостаточно изученной.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния жесткости сосудистой стенки и состав липидного профиля крови у больных ИБС на фоне лечения симвастатином (симвакардом Zentiva) в составе комплексной терапии.

Методы. В исследование было включено 18 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК (7 мужчин и 11 женщин) в возрасте 45-60 лет. Все пациенты данной группы имели 2 фактора риска и более; такие как курение, отягощенный наследственный анамнез по ранней сердечно-сосудистой смертности или осложнениям, избыточную массу тела или ожирение, артериальную гипертензию 2 или 3 степени, отсутствие противопоказаний к гиполипидемической терапии статинами. Пациенты с артериальной гипертензией находились на регулярной гипотензивной терапии (ингибиторы АПФ: престариум А – 10 мг/сут.). В качестве гиполипидемической терапии в течение 4 недель применялся препарат – симвастатин (симвакард, Zentiva) в суточной дозе 10 мг/сут. при уровне общего холестерина ниже 6,5 ммоль/л. Оценка изменений сосудистой жесткости артерий эластического и мышечного типа проводилось при помощи аппарата VaSeraVS - 1000 (FUKUDADENSHI), при этом автоматически вычисляются такие показатели, как САVI – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс, АВI – лодыжечно-плечевой индекс и АI – индекс аугментации.

Результаты. Через 4 недели терапии симвастатином было выявлено снижение общего холестерина на 17,3%, основной атерогенной фракции – ЛПНП на 24,1%, а также триглицеридов на 18,2%. Выявлено, что на фоне инициальной терапии симвастатином уровень антиатерогенной фракции ЛПВП повысился на 3,2%.

При оценке изменений сосудистой жесткости артерий эластического и мышечного типа было установлено изменение параметров. В результате четырехнедельной терапии симвастатином (симвакардом, Zentiva) выявлена положительная динамика: снижение показателей лодыжечно-плечевого и сердечно-лодыжечного индексов, а также незначительное снижение индекса аугментации AI.

Вывод. В результате курсовой терапии пациентов со стабильной стенокардией II-III ФК симвастатином в дозе 10 мг/сут (симвакард, Zentiva) был получен гиполипидемический эффект. Установлено достоверное снижение атерогенных фракций – общего холестерина, ЛПНП и триглицеридов; причем на фоне данной терапии были практически достигнуты целевые уровни как ЛПНП, так и триглицеридов, также имело место, умеренно выраженное повышение антиатерогенной фракции – ЛПВП. Параллельно гиполипидемическому эффекту препарата отмечена положительная динамика снижения показателей жесткости сосудистой стенки, связанная с улучшением эластических свойств магистральных артерий эластического типа.

Список литературы

1. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно–сосудистых заболеваний в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005, 4(1):4–8.
2. Харченко В.И., Кокорина Е.П., Корякин М.В., Вирин М.М. и др. Смертность от основных болезней системы кровообращения в России. Российский кардиологический журнал. 2005; 1(51):5–15.
3. Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P, Brown BG et al REVERSAL Investigators. Effect of intensive compared with moderate lipid–lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis: a randomized controlled trial. JAMA, 2004;3;291(9):1071–80.
4. Jones P, Kafonek S, Laurora I, Hunnghake D. Comparative dose efficacy study of atorvastatin versus simvastatin, pravastatin, lovastatin, and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (the CURVES study). Am J. Cardiol. 1998; 81(5):582–7.
5. Andrews TC, Ballantyne CV, Hsia JA. Et al. Achieving and maintaining National Cholesterol Education Program low–density lipoprotein cholesterol goals with five statins. Am. J. Med. ;111(3);185–91.13) Insull W, Kafonek S, Goldner D. Comparison of efficacy and safety of atorvastatin (10mg) with simvastatin (10mg) at six weeks. ASSET Investigators. Am. J. Card. 2001;87(5):554–9.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Завалишина О.В.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Понятие «психическое здоровье» личности нуждается в особом проявлении внимания в ситуации, сложившейся на данный момент в мире. В нем становится угрожающей тенденция к ухудшению уровня здоровья людей, искусственно погружающих себя в виртуальное пространство Интернета. Вследствие чего растет количество лиц, страдающих аддиктивными расстройствами, что влечет за собой нарушения психического здоровья людей.

Одним из главных направлений этой деятельности может стать реализация принципов здорового образа жизни, которые воплощаются через самоорганизацию, самосознание, самоактуализацию и формирование соответствующих поведенческих реалий личности.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы изучить насколько опасна Интернет-зависимость для психического здоровья учащейся молодежи и какое влияние она оказывает на когнитивную, мотивационную и поведенческую сферы личности.

Изучение причин формирования зависимости учащейся молодежи от сети Интернет показала нарастание ряда негативных тенденций «интернетизации» современного образования, а доминирующими среди них стали тенденция зомбирования, виртуализации сознания и манипуляции сознанием.

Тенденция зомбирования пользователей Интернета заключается в навязывании «идеалов», «типа» мышления, которые активно пропагандируются Интернет-роликами, рекламой, разнообразными форумами и сайтами. Эксплуатация демонизации (распространение информации о сверхъестественных способностях виртуальных гадалок, хиромантов, предсказателей, которые помогут быстро решить любую проблему человека), мистификации (во всемирной паутине часто вводят пользователей в заблуждение, выдавая несуществующее явление или факт за действительное, например, о приближающемся конце света, о серьезной болезни кумира, о внезапной смерти знаменитости) и мифологизации (создание различных мифов об известных людях, политиках, о быстром выигрыше денег, об излечении от страшных недугов).

Тенденция манипуляции сознанием молодежи, взрослых людей заключается в навязывании разных продуктов, рекламируемых в Интернете; образа мыслей, воспитания (необходимо делать так, как учат на сайтах «известные» доктора, провидцы, то есть дается шаблон, по которому надо действовать). Лепский В.Е. указывает на то, что информационная сеть может применяться для превращения пользователей из субъектов деятельности в объекты манипуляций [2, с. 26]. Усиливается деструктивное воздей-

ствие на сознание, ценностные ориентации, этические нормы пользователей.

Идентичность при виртуальном общении также виртуальна. Участники общения могут представить себя в роли, совершенно не соответствующей их повседневной жизни. Границы интерактивности все время расширяются. «Пользователь» превращается в индивида, все время, ищущего новых форм общения. В этом процессе развивается способность человека к адаптации, диалогу, формируются модели желаемого социального поведения. Возникающие формы виртуальной идентичности не «навязываются» человеку, а наоборот, зависят от его действий, проектируются, производятся и используются им самим. Новая идентичность замещается «электронной». Она выступает как «конструкт», создаваемый человеком, ибо человек постоянно конструирует образ партнера по виртуальному общению и свой собственный образ.

Тенденция виртуализации сознания, ответственности, деятельности и ее результатов, отношений участников образования связана с тем, что в сети Интернета его пользователями создается «виртуальный мир», со своими законами, традициями, в котором они «живут», отрываясь от реальности (от своих переживаний, забот, от близких людей), постепенно переставая воспринимать свою реальную жизнь, они «проживают» совсем другую «вымышленную» жизнь. К сожалению, часто это приводит к негативным последствиям. По мнению Б.Ф. Сикорского, наличие сетевой коммуникации с виртуальными партнерами составляет конкуренцию предметно существующим субъектам общения. При этом создается почва для новой культуры общения, которая теснит и заменяет в сознании людей реальные феномены исторически сложившейся культуры. Метафизически происходит противопоставление адаптации человека в электронном поле прежней «доэлектронной идентичности» [4, с. 63].

В современном образовании делается упор именно на развитие способности человека адаптироваться к новым условиям «виртуальной реальности». Мощный «информационный удар» по прежней идентичности сопряжен с кардинальными изменениями собственной позиции человека в соответствии с образцами информатизированной среды. С утратой духовной идентичности, преимущества по отношению к завоеваниям культуры прежних эпох, идеалам гуманности, добра и любви многократно усиливается возможность манипулирования сознанием людей.

Виртуальный компьютерный мир также замещает реальность, однако в этом случае «прилипание» к нему сразу же приобретает принципиально иной характер. Будущий аддикт сливается с виртуальным миром, как на когнитивном, так и на эмоциональном уровне, становясь частью, принадлежностью виртуальной реальности. Границы между реальным и виртуальным миром становятся все более проницаемыми. Реальность начинает восприниматься как нечто нереальное. Уходя в виртуальный мир, аддикт перестает ощущать себя в биологическом плане. В результате происходит вытеснение инстинкта самосохранения.

Опасность состоит в том, что аддикт относится к реальной действительности как к виртуальной, незаметно для себя переносит на нее виртуальную динамику, в которой все возможно и восстановимо, любому событию можно дать «обратный ход». По данным В.Д. Менделевича, в настоящее время значительно увеличивается число лиц с аддиктивным (зависимым) поведением, требующее расширения границ наркологии за счет привлечения новых знаний в смежных дисциплинах (медицинской психологии, психотерапии) [3, с. 150]. В связи с этим аддиктология должна рассматриваться как новый раздел современной психиатрии и клинической психологии, требующей разработки принципиально новых подходов. Мы считаем, что расширение границ аддиктологии должно затронуть и области философии, социологии, педагогической психологии и конечно лечебной педагогики.

Главной причиной вреда Интернета является неструктурированное обращение к нему, доминирование нерациональных мотивов у пользователей (т.е. его использование для развлечения, а не для поиска важной и нужной информации). Отрицательным моментом Интернета является появление Интернет-зависимости.

Для подтверждения актуальности данной темы мы провели исследование по выявлению Интернет-зависимости у подростков и педагогов в средних общеобразовательных школах города Курска (МОУ СОШ № 7, 29, 33, 39, 41), «Курском строительном-монтажном техникуме», «Курском кадетском профессиональном лицее № 27», «Советском педагогическом колледже» (Курская область) с помощью теста А.Ю. Егорова и Т.А. Никитиной. Общее количество опрошенных учащихся составило – 575 человек, педагогов – 100. В результате обработки полученных данных выявилось, что среди подростков: не имеют проблем с Интернетом – 61% респондентов; входят в группу риска – 29% опрошенных; являются Интернет-аддиктами – 10% учащихся. Среди педагогов не имеют проблем с Интернетом – 89% опрошенных; входят в группу риска – 11%; Интернет-аддикты среди педагогов не выявлены.

Далее представим результаты диагностики этих сфер личности у подростков и учащейся молодежи, увлеченных Интернетом и склонных к Интернет-зависимости. Ранее мы отмечали, что состояние психического здоровья сказывается на когнитивной, мотивационной и поведенческой сферах личности. Нами была проведена диагностика возможных отклонений в этих сферах. Приведем полученные результаты.

Для изучения состояния когнитивной сферы Интернет-аддиктов мы применяли школьный тест умственного развития (ШТУР). В результате обработки полученных данных выявлено, что очень высокий уровень умственного развития имеют 2% подростков; высокий уровень – 10% опрошенных; средний – 56% учащихся; низкий – 32% респондентов.

Как правило, низкий уровень умственного развития имеют учащиеся, склонные к Интернет-зависимости или входящие в группу риска. Это связано с отсутствием учебной мотивации, невыполнением заданий педа-

гогов, скудным словарным запасом. Именно эти характеристики определяют направленность интересов современной учащейся молодежи и школьников.

Систематические наблюдения за подростками позволили нам обратить внимание на то, что у Интернет-зависимых лиц и склонных к зависимости часто страдает эмоционально-волевая сфера: данные учащиеся часто чувствуют себя уставшими; все их интересы замыкаются на компьютере и темы, не связанные с ним их мало интересуют. Для изучения ее уровня и подтверждения наших наблюдений мы использовали методику САН (самочувствие, активность, настроение) А.Н. Лутошкина. Полученные результаты показали, что высокое состояние САН наблюдается у школьников 6-х классов – 6-7%; 7-х – 9%, 8-х – 9-10%, 9-х – 6-7%, 10-х – 10-8%, лица – 9%. В среднем 8% подростков имеют высокий уровень самочувствия, активности и настроения. Достаточно высокое состояние обнаруживают учащиеся 6-х классов – 7%; 7-х – 12%; 8-х – 11%; 9-х – 8%; 10-х – 10%; ученики лица – 10%. Общий процент подростков, имеющих достаточно высокое состояние САН, составляет 9%. Самый высокий показатель среднего состояния САН отмечается у учеников 6-х классов и составляет 83% от общего числа респондентов. Низкий уровень развития САН в 6-х классах – 7%; 7-х – 8%; 8-х – 8%; 9-х – 9%; 10-х – 6%; ученики лица – 5%. Общий процент подростков, имеющих низкий уровень САН составляет 7%. Результаты данного исследования позволяют нам сделать вывод о том, что у учащихся 7-9-х классов наблюдается самый большой процент (8-9%) низкого уровня развития САН, что может быть связано не только с личностными особенностями учащихся, но и тем, что именно в этом возрасте подростки не умеют конструктивно решать возникающие конфликтные ситуации, взаимодействовать друг с другом (им намного легче общаться «онлайн», чем в реальном мире).

Для изучения влияния Интернет-зависимости на поведенческую сферу учащихся мы провели тест на выявление уровня социально-психологической адаптации, разработанного К. Роджерсом и Р. Даймондом, так как поведение неразрывно связано с умением адаптироваться в окружающей среде. Обработка результатов позволила определить степень адаптированности к жизни Интернет-зависимых учащихся, не имеющих склонности к данному виду зависимости, тем самым подтвердить наши теоретические предположения. Необходимость использования именно данного теста, обусловлена тем, что для Интернет-зависимых характерны следующие моменты: неадекватная оценка себя и окружающих, замкнутость, нежелание общаться в обществе. А адаптированность предполагает реальную оценку себя и окружающей действительности, личностную активность, гибкость, социальную компетентность [1, с. 206].

Интерпретируя полученные данные мы выявили, что самый большой процент учащихся с высоким уровнем адаптированности обнаруживается в группе 10-х классов: 20% от общего; у остальных групп: в 6-х – 12%; 7-х – 13%; 8-х – 16%; 9-х – 18%; учеников лица – 18%. В целом высокий уро-

вень адаптированности наблюдается у 16% учеников. Средний уровень отмечается в: 6-х классах – 81%; 7-х – 80%; 8-х – 78%; 9-х – 75%; 10-х – 72-74%; ученики лицея – 76%. Общий процент подростков, имеющих средний уровень адаптированности, составляет 76%. Низкий уровень в: 6-х классах – 8%; 7-х – 8%; 8-х – 7%; 9-х – 7%; 10-х – 8% учеников лицея – 6%. В целом низкий уровень имеют 7% респондентов. Проанализировав полученные результаты мы выявили, что низкий уровень социальной адаптированности обнаруживают лица, с Интернет-зависимостью или склонные к ней, так как для них характерны замкнутость, неумение устанавливать контакты с окружающими людьми. Именно эти характеристики подтверждают влияние Интернет-зависимости на психическое здоровье учащейся молодежи.

Для преодоления этого недуга нужна систематическая и разноплановая работа по психологическому сопровождению Интернет-аддиктов. Такая работа может быть представлена комплексом мер, связанных с выявлением молодежи группы риска (склонных к аддиктивным проявлениям), их психологическое консультирование, работа в динамических группах, привлечение к участию в работе молодежных творческих объединений, театров, студий. К решению этой проблемы должны подключаться все заинтересованные субъекты – педагоги-психологи, психологи-консультанты, специалисты медицинской психологии и лечебной педагогики.

Список литературы

1. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 288 с.

2. Лепский В.Е. Беспредел манипуляций индивидуальным и групповым сознанием пользователей Интернет // Международный симпозиум «Мир компьютеров и мир людей – взаимодействие и конфликты». – Кишинев, 1999.- С. 26.

3. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Питер, 2007. – 768 с.

4. Сикорский Б.Ф. Проблемы гуманизации человека в дегуманизованном мире [Текст]: сб. статей / Б.Ф. Сикорский. – Курск, 2011. – 214 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ НЕТРАДИЦИОННОЙ
МЕДИЦИНЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ
ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕНСОРНОЙ
И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ У СТУДЕНТОВ

Зайцева Г.Н., Балыбин Д.Н., Шапошников А.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Элементом системы управления качеством образования в вузе в новом тысячелетии является здоровьесберегающее обучение. В федеральной программе развития образования в качестве ведущих выделяются такие задачи, как ориентация на благополучие человека, удовлетворение его разноуровневых потребностей и интересов, разработка здоровьесберегающих технологий обучения и формирование ценности здоровья и здорового образа жизни [4].

Качество образования не может рассматриваться вне контекста здоровья субъектов образовательного процесса. Нет смысла в образовании, если система наносит вред здоровью человека [2,11].

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

В условиях рыночной экономики потенциал здоровья личности, способность противостоять стрессам, климатическим, социальным и другим факторам риска приобретают роль ведущих условий построения успешной профессиональной карьеры. Факторами риска у студентов являются: усложнение образовательного стандарта, несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса, отсутствие повсеместного мониторинга здоровья, социально-экономические условия жизни и др. [2].

По определению Г.М. Соловьева, «здоровьесберегающие технологии в образовании — способ организации и последовательных действий в ходе учебно-воспитательного процесса, реализации образовательных программ на основе всестороннего учета индивидуального здоровья студентов, особенностей их возрастного, психофизического, духовно-нравственного состояния и развития» [2, 12].

Оздоровительные системы высших учебных заведений являются, как правило, технологиями выявления уже заболевших студентов и требуют большого потребления как кадровых, так и финансовых ресурсов, поскольку направлены на лечение, а не на профилактику заболеваний.

Современные здоровьесберегающие технологии должны быть направлены на раннюю донозологическую диагностику состояния здоровья студентов, по традиционным критериям отнесенных к категории здоровых, носить непрерывный циклический характер и позволять осуществлять эффективную медикаментозную и немедикаментозную доклиническую коррекцию здоровья участников образовательного процесса. Такие

технологии должны быть ориентированы как на оценку состояния организма в целом, так и на индивидуальный мониторинг напряженностей в отдельных физиологических системах организма; как на выявление функциональных резервов здоровья, так и на разработку методов коррекции выявленных отклонений [3].

Цель настоящей работы – выявление и оценка психофизиологических резервов организма, предшествующих развитию донологических изменений состояния здоровья и их немедикаментозная коррекция.

Задачи исследования: 1. Проведение мониторинга состояния здоровья студентов (объективная экспресс-оценка). 2. Выявление рисков развития устойчивых изменений здоровья организма в целом, а также напряженностей в сенсорной и сердечно-сосудистой системах. 3. Коррекция выявленных напряженностей в исследуемых системах с помощью методов нетрадиционной медицины, а именно электростимуляции биологически активных точек ушной раковины.

В данной работе проанализированы и обобщены материалы исследований, проведенных нами под руководством чл.-корр. РАМН, профессора А.В. Завьялова в 1996-2006 годах.

Исследования выполнены на 186 добровольцах-студентах 2 курса лечебного факультета КГМУ в возрасте от 18 до 25 лет, среди которых было 75 мужчин и 111 женщин. У каждого испытуемого в состоянии функционального покоя многократно на протяжении нескольких месяцев определялись показатели активности сенсорных систем (СС), характеристики кардиоритма (КР), центральной гемодинамики (ЦГД), мозгового кровотока правого и левого полушарий с последующим определением их средних значений. Эти же показатели определялись после шестидневной ЭС БАТ ушной раковины.

При исследовании активности СС регистрировались показатели точности воспроизведения сенсорных нагрузок (ПТВН) по оригинальной методике (А.В. Завьялов с сотрудниками, 1977).

У всех испытуемых с помощью кардиоритмометра КРМ-6 определялись показатели КР и на их основе рассчитывался индекс напряжения (ИН) по Р.М. Баевскому (1968).

При помощи автоматического измерителя артериального давления проводилось определение числа сердечных сокращений в минуту (ЧСС), артериального давления систолического (АДс), диастолического (АДд) и среднего (АДср).

Мозговой кровоток определялся по результатам реоэнцефалографии правого (РЭГп) и левого (РЭГл) полушарий с помощью реографа Р4-02.

Полученные количественные характеристики подвергались информационному и корреляционному анализу. При этом вычислялись коэффициенты вариации (КВ) изучаемых показателей, коэффициенты избыточности (КИ) и корреляции (r) по общепринятым методикам их расчета. Коэффициенты корреляции вычислялись между показателями, характеризующими каждую из исследуемых систем, что отражает внутрисистемные вза-

имоотношения. Рассчитывались так же и между показателями различных систем с целью изучения межсистемных взаимоотношений. Выводы делались только на основании статистически значимых данных.

ЭС БАТ ушной раковины осуществлялась с помощью прибора для электрорефлексотерапии "Пчелка-2", разработанного В.А. Ивановым (1994), постоянным током 20-25 микроампер по седативной рецептуре (три точки). Каждая из точек раздражалась по три минуты.

Уже на первом этапе исследования была выявлена группа риска – студенты со склонностью к повышенному АД (АДс – 128-136 мм рт.ст., АДд – 85-88 мм рт.ст.). Все эти студенты жалоб на состояние здоровья не предъявляли, однако выявленные сдвиги АД могут свидетельствовать о напряженности в регуляции работы сердечно-сосудистой системы или на уровне межсистемных взаимодействий.

На втором этапе каждому испытуемому из группы риска проводилась ЭС БАТ ушной раковины. После курса ЭС БАТ точность воспроизведения всех сенсорных нагрузок увеличивалась в среднем на 20%. В большей степени эти изменения касались воспроизведения звуковой и весовой нагрузок. Информационный анализ ПТВН выявил снижение величины КИ на 40% [1, 18]. Это может говорить о том, что наряду со стабилизацией уровней активности СС наблюдается снижение информационной загруженности всей сенсорной сферы. Обнаруженные факты свидетельствуют о том, что раздражение БАТ "запускает" механизмы межсистемной интеграции в сенсорной сфере.

Оценка состояния вегетативной сферы до и после ЭС БАТ ушной раковины осуществлялась по показателям КР, анализ которых позволяет оценить соотношение центрального и автономного контуров в регуляции КР. Изменения этих соотношений опережают динамику показателей клинико-лабораторных и инструментальных исследований функций организма, что позволяет использовать характеристики КР для доклинической оценки сдвигов вегетативного статуса организма.

Большинство испытуемых группы риска по результатам оценки исходного вегетативного статуса были отнесены к парасимпатотоникам. В результате ЭС БАТ по СР происходило увеличение ИН на 20% (в основном за счет снижения вариационного размаха измеренного ряда кардиоинтервалов) [1, 19]. Это может быть объяснено возрастанием уровня функционирования центрального контура регуляции КР, увеличением удельного веса симпатических влияний на КР при уменьшении информационной загруженности контуров регуляции КР и относительной неизменности степени упорядоченности его временных характеристик, результатом чего явилось смещение вегетативного тонуса в сторону эйтонии.

Особенности реакции периферической гемодинамики (сосудов правого и левого полушарий головного мозга) на ЭС БАТ ушной раковины заключались в перераспределении кровотока в периферических сосудах: усилении микроциркуляции и венозного оттока в сосудах головного мозга.

Эффектом ЭС БАТ являлись значительные изменения во взаимоотношениях между исследованными показателями, которые рассматривались как внутри каждой из изучаемых систем, так и между отдельными системами. ЭС БАТ по СР приводила у испытуемых группы риска к увеличению общего количества коэффициентов корреляции (r) между изучаемыми показателями – в основном за счет возрастания количества и степени выраженности межсистемных r на 85% [1, 23].

АДс, АДд и ЧСС под влиянием ЭС БАТ ушной раковины по СР изменялись в пределах $\pm 5-10$ мм рт. ст. [1, 21].

Обнаруженные факты свидетельствуют о том, что ЭС БАТ вызывает генерализованные сдвиги в активности механизмов системной интеграции, от которых зависит согласование уровней активности сенсорной и вегетативной сфер. Полученные результаты являются объективным свидетельством эффективности ЭС БАТ как в отношении каждой из исследуемых функций, так и их системной организации (в особенности).

ЭС БАТ ушной раковины вызывает разнонаправленные сдвиги во взаимоотношениях вегетативных и сенсорных показателей, что является следствием активации разных механизмов межсистемной и внутрисистемной интеграции и поэтому может быть рекомендована для немедикаментозного снятия избыточной напряженности уровней регуляции функциональных систем у студентов в образовательном процессе.

Список литературы

1. Влияние электроаурикулопунктуры на показатели сенсорных и сердечно-сосудистой систем, их взаимоотношения у человека / А.В. Завьялов, Г.Н. Зайцева, Д.Н. Балыбин, А.В. Шапошников // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2005. - № 9. – С. 16-25.
2. Елькова, Л. С. Из опыта работы вузов России по внедрению здоровьесберегающих программ в образовательное пространство высшей школы // Педагогическое образование в России. – 2009. - № 4. – С. 11-17.
3. Здоровьесберегающее обучение в СГА как элемент системы управления качеством образования в вузе / В.В. Логинов, Л.М. Качалова, Е.В. Чмыхова, В.Н. Фокина. URL: http://prophylaxis.muh.ru/article_17.html (дата обращения: 04.10.11).
4. Крикунова, М.А. Здоровьесберегающие технологии в вузе /Физическая культура и спорт: интеграция науки и практики. - Саратов: ООО Изд.центр "Наука", 2009. - С. 46-50.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ В СИСТЕМЕ ОТНОШЕНИЙ ЗАВИСИМОЙ ЛИЧНОСТИ

Запесоцкая И.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Интегративная модель системы отношений человека представлена установочным, ценностным, регуляторным и интерактивным компонентами. В соответствии с установочным компонентом, отношения человека дифференцируются на субъект-объектные (к предметному миру) и субъект-субъектные (к другим людям) отношения. Указанные два основных типа отношений (субъект-субъектные и субъект-объектные), в свою очередь, подразделяются на субъект-объектное отношение к вещам (S—o—O), субъект-объектное отношение к людям (S—o—P), субъект-субъектное отношение к вещам (S—s—O), субъект-субъектное отношение к людям (S—s—P) [7; 11].

Согласно подходу В.Н. Мясищева, данная категория может рассматриваться в рамках собственно психологических отношений (по В.Н. Мясищеву: а) отношение к людям, б) к себе, в) к предметам внешнего мира), и в широких рамках, в контексте разнообразных общественных отношений (производственных, экономических, политических, юридических, гражданских, нравственных, религиозных). Три основных вектора психологических отношений (к себе, к другим людям, внешнему миру) тесно взаимосвязаны со всеми другими общественными отношениями [7].

Через отношение определяется система потребностей, мотивов, влечений человека. В этом случае отношение выступает (согласно Б.Г. Ананьеву) индикатором и средством выражения, объективации всех действий человека. Отношение - социализированная связь внутреннего и внешнего психики человека, его связь с внутренним и внешним миром [1].

Отношения можно разделить на ситуативные и устойчивые, повторяющиеся независимо от ситуаций (например, привязанность).

Свобода выбора цели, способов ее реализации, осваиваемых в ходе развития культуры, - важнейшая характеристика субъектности человека. Свобода придает деятельности человека нравственное измерение. Свободный выбор требует от индивидуума осознания ценности объекта социальной действительности, и тем самым формируется особый вид отношения к нему – ценностное отношение.

Система отношений личности строится в субъект-субъектной системе координат. Таким образом, субъектность как свойство человека так же получает свое отражение в системе субъект-субъектных отношений. Человек выступает субъектом собственной активности, творческой деятельности. Он выступает и как инициатор выстраивания системы отношений с внешним миром, и как преобразователь этих отношений.

Однако в данной системе субъект-субъектных отношений могут возникать конфликты, дефициты переживаний психических состояний. В та-

ком случае у человека может возникать опыт асубъектного функционирования. С точки зрения В.В. Селиванова, асубъектное функционирование организма и психических функций проявляется в психофизиологических и соматических заболеваниях [12]. Одним из вариантов такого проявления деформации субъектности является и формирование зависимости как типологической характеристики личности. Никифоров Г.С. выделяет три основных группы психологических зависимостей: химическая, акцентуированная активность, интеракционная зависимость [8].

Толерантность — система внутренних ресурсов личности, отражающая готовность и способность личности позитивно и продуктивно решать сложные задачи взаимодействия с самим собой и «другим», отличающимся по внешности, мыслям, чувствам, ценностям, поведению, способствующая невосприимчивости к провоцирующим факторам среды. Ресурс — запас, источник, средство, к которому обращаются в необходимом случае [8].

Г.С. Кожухарь межличностная толерантность рассматривается в качестве генетически исходной формы для всех остальных ее видов [5].

Толерантность можно рассматривать как одну из составляющих такого поведения, которое позволяет субъекту с помощью осознанных действий, способов, адекватных личностным особенностям, и ситуации справиться с трудной жизненной ситуацией или стрессом (т.е. копинг-поведением) [4].

В структурном отношении она состоит из когнитивной и операциональной составляющих. Первая включает: а) знания о толерантности и толерантном поведении, его преимуществах; б) представления о приемах, способах, стратегиях толерантного взаимодействия; в) осознанное желание соответствовать представленным образцам (мотивированность). Вторая представляет собой совокупность опыта воплощения соответствующих знаний и представлений в конкретных ситуациях. Этот опыт включает как эмпирические обобщения о ситуациях взаимодействия, сделанные его носителем независимо от специальных знаний, так и усвоенные в процессе намеренно организованной деятельности.

Принятое в исследовании определение толерантности позволило выделить следующие компоненты толерантного поведения: активность, осознанность (т.е. способность к этической рефлексии), уважение, принятие «другого», самообладание.

Толерантность в системе отношений личности реализуется на разных уровнях ее функционирования: социально-психологическом, психологическом, психофизиологическом.

Толерантность как социально-психологический феномен исследована в настоящее время наиболее подробно с позиций целого ряда подходов: экзистенциально-гуманистического, диверсификационного, когнитивного, бихевиорального, диалогического и фасилитативного подходов, в результате чего рассматриваемый феномен понимается как толерантность - искренняя осознанно уважительная терпимость, специфическая психологи-

ческая установка, ориентирующаяся на уважительное восприятие чужой этнической, религиозной самобытности, других культур, обычаев и образа жизни, нравственных ценностей, мировоззренческих убеждений и мнений, проявлений человеческой индивидуальности, как достойных уважения, связанная с активным психологическим процессом, направленным на внутреннее самостоятельное психологическое преодоление или ослабление нетерпимости и неприятия «чужого» на уровне собственного менталитета, связанная с волевыми усилиями по ослаблению реакции на какой-либо неблагоприятный фактор в межрелигиозных, межнациональных и, в целом, межличностных отношениях и стремлению к мирному сосуществованию и взаимопониманию [13]. Вектор отношений зависимой личности ориентирован в субъект-объектной направленности, что позволяет предположить низкий уровень самостоятельности и автономности в принятии решений при взаимодействии с другими. Однако данный феномен правильнее было бы обозначить как конформность во взаимоотношениях, нежели межличностная толерантность, как толерантность предполагает активное и личностное участие в процессе взаимодействия. Необходимо также отметить ригидность зависимой личности в установлении отношений с другими людьми, так как указанная субъект-объектная направленность исключает диалогичность в реализации личностного потенциала в социально-психологическом пространстве.

На психологическом уровне толерантность выступает «в виде внутренней установки, добровольного выбора по отношению к человеку вообще, к другим людям и коллективам, которые не навязываются, а приобретаются каждым через систему воспитания и жизненный опыт» [14].

Г.В. Безюлева, Г.М. Шеламова определяют толерантность как «готовность, предрасположенность определенным образом воспринять, понять, осмыслить объект или действовать с ним, служит ориентиром в ситуации взаимодействия. Установки... могут носить позитивный, толерантный характер или негативный характер предубеждения и предвзятости» [3].

Н.А. Асташова рассматривает толерантность в разных аспектах. Толерантность может рассматриваться как ценность социокультурной системы, своего рода внутренний стержень социально-психологического бытия. Это комплексный феномен, определяющий отношение человека как к себе, так и к окружающему миру. Вне отношения к человеку нельзя говорить о толерантности-ценности. Следовательно, толерантность-ценность выступает как некий поведенческий ориентир.

Толерантность может функционировать как принцип. Этот вариант связан с переводом толерантности в статус руководящей идеи, основного положения, внутреннего убеждения, определяющего деятельность человека. Толерантность как норма позволяет усилить упорядоченность социальных взаимодействий, точно обрисовать выполнение выработанных человечеством правил. На этом уровне толерантность отражает позицию лично-

сти в данной ситуации, ориентированную на конкретные образцы поведения, обобщенные принципы деятельности.

Самый высокий уровень проявления толерантности личности – наличие толерантности как идеала. Толерантность, отмеченная идеальным проявлением, отражает совершенный образец. Это главный критерий в решении практически любых вопросов, это самый действенный стимул поведения и деятельности личности [2].

Развитая толерантность на данном уровне выступает одним из механизмов психологической устойчивости личности, включающей такие компоненты, как уравновешенность (равновесие), соразмерность; стойкость, стабильность (постоянство); сопротивляемость (резистентность) [6].

Личность, обладая низким уровнем психологической устойчивости, дефицитарность переживаний психических состояний в поле субъект–субъектных отношений, компенсирует состоянием зависимости, которое строится в субъект–объектной системе координат. Дефициты субъект–субъектного типа отношений проявляются в конфликтности, неопределенности, непоследовательности, нестабильности. Компенсация возникающих дефицитов происходит в системе субъект–объектных отношений, которые, в свою очередь, характеризуются бесконфликтностью, определенностью, последовательностью и стабильностью. Таким образом, происходит изменение социальной ситуации, сужение восприятия ситуации, что впоследствии приводит к изменению системы отношений и поведения личности в целом. Происходит деформация субъектности. Человек перестает быть субъектом своей активности. Вся его деятельность направлена на объект зависимости, он перестает быть инициатором своей творческой деятельности.

На психофизиологическом уровне толерантность рассматривают как составляющую биологического механизма формирования зависимости и выделяют следующие ее типы: предрасположенная (связана с метаболизмом химического препарата, приводящая к постепенному увеличению его дозы), функциональная или фармакодинамическая толерантность обозначает уменьшение чувствительности мозга и центральной нервной системы к эффекту, производимому наркотиком, что также приводит к увеличению частоты приема для достижения первоначального эффекта, а также приобретенная толерантность, представляющая собой выработанные способы поведения, позволяющие справиться с негативными последствиями зависимости.

Таким образом, толерантность в системе отношений зависимой личности представляет собой сложный, многоплановый феномен, выступающий одной из важнейших характеристик субъект-объектной направленности базовых отношений.

Список литературы

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. - Л., Изд-во ЛГУ, 1969.

2. Асташова Н.А. Проблема воспитания толерантности в системе образовательных учреждений // Толерантное сознание и формирование толерантных отношений (теория и практика) : Сб. науч.-метод. Ст. – 2-е изд., стереотип. – М.:, 2003. –368 с. - С. 74-85.
3. Безюлева Г.В., Шеламова Г.М.. Толерантность: взгляд, поиск, решение. – М.: Вербум-М, 2003. – 168 с., с. 37.
4. Капустина Н. Г. Формирование толерантности в структуре этического мировоззрения / Н. Г. Капустина // Известия Уральского государственного университета. – 2008. – № 60. – С. 61-69.
5. Кожухарь Г. С. Модель усиленной мотивации: взаимодействие базовых механизмов межличностной толерантности // Вопр. психологии. 2007. № 2.
6. Крупник Е.П. Психологическая устойчивость личности как методологическая категория / Е.П. Крупник //Научные труды МПГУ. М., 2004. (Сер. «Психолого-педагогические науки») С. 100-103.
7. Мясищев В.Н. Психология отношений. // Под ред. А.А. Бодалева М.: Изд-во МПСИ; Воронеж: Изд-во НПО «Модэк», 2004.
8. Никифоров Г.С. Психология здоровья. – СПб., 2002.)
9. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 1994., 667
10. Рубинштейн, С.Л. Человек и мир / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2003. – 512 с.
11. Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. Тбилиси: "Мецниереба", 1989.
12. Селиванов В.В. Свойства субъекта и его жизненный цикл. // Психология индивидуального и группового субъекта. / Под ред. А.В. Брушлинского, М.И. Володиной. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – С. 310 – 328.
13. Смирнова Е.О. Межличностные отношения как сфера зарождения и проявления толерантности // Возрастные особенности формирования толерантности. Труды по социологии образования. Т. VIII. Вып. XIV / Под ред. В.С. Собкина. – М.: Центр социологии образования РАО, 2003. – С. 11-13., с. 11-12
14. Тишков В.А. Толерантность и согласие в трансформирующихся обществах (доклад на Международной научной конференции ЮНЕСКО «Толерантность и согласие») // Очерки теории и политики этничности в России. – М.: Русский мир, 1997, С. 63.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИЕЙ

*Землянских Л.Г. (1), Баранов В.И.(1), Брежнев А.Ю.(1),
Процкая И.В.(2)*

Курский государственный медицинский университет (1),
МУЗ «Городская поликлиника № 4», (2)
г. Курск, Россия

Миопия – одно из самых распространённых рефракционных нарушений в мире. В настоящее время четверть населения планеты (1,6 миллиардов жителей) страдает миопией. По некоторым прогнозам, к 2020 году число лиц, страдающих миопией, увеличится до одной трети человечества (2,5 миллиарда) [1, 315-321]. Эта тревожная тенденция, к сожалению, связана с ростом школьной близорукости. В России распространённость школьной близорукости у подростков за последние 10 лет возросла в 4 раза, около 65% школьников к 18 годам имеют миопию [2, 2-8]. Состояние здоровья школьников в последнее время рассматривается, как фактор национальной безопасности. Поэтому современная модель образования включает в себя задачи сохранения и укрепления здоровья школьников в процессе обучения. И учителю, как ключевой фигуре образования, в вопросах сохранения здоровья требуется профессиональная поддержка медиков [3, 5]. Целью настоящего исследования стало изучение проблемы психоэмоциональных нарушений у детей с прогрессирующей миопией.

Сотрудники кафедры офтальмологии Курского государственного медицинского университета (КГМУ) работают в тесном контакте с сотрудниками и учениками школы-лицея № 6 города Курска. Нами было проведено полное офтальмологическое обследование на современном оборудовании, позволившее выявить нарушение рефракции на ранних стадиях. Проанализировав данные диагностического осмотра 2000 школьников за трёхлетний период, мы получили удручающую картину: 43% учащихся имеют остроту зрения ниже 1,0. Из них клинически значимое снижение зрения ниже 0,6, требующее подборки оптической коррекции, было у 26%. У 17% учащихся острота зрения составила 0,7-0,9. Это было впервые выявленное нарушение зрения, то есть ни сами школьники, ни их родители не замечали ухудшения зрения. А в стадии нарушения аккомодации можно реально помочь детям.

Среди выявленной патологии у школьников встречались: миопия – 36%, гиперметропия слабой степени – 31%, астигматизм – 20%, различные виды анизометропии – 20%, косоглазие – 7%. Наше исследование подтвердило, что основной причиной снижения зрения у детей является миопия. При этом число детей с миопией по мере обучения в школе увеличивается с 12% в начальных классах до 65% к моменту окончания школы. По данным педагогической литературы, к важнейшим причинам неблагополучия здоровья учащихся, в том числе и к причинам роста школьной миопии, относятся:

- чрезмерная интенсификация образовательного процесса и перегруженность учебных программ, вызывающие переутомление и дистресс учащихся;
- стрессогенные технологии проведения уроков и оценки знаний;
- компьютеризация обучения, создающая дополнительную нагрузку на зрение и психику учащихся;
- низкий, слабо формируемый школой уровень культуры здоровья учеников.

Отдельно следует остановиться на других факторах риска и прогрессирования миопии:

1. Наследственность. Если оба родителя близорукие, то вероятность миопии у детей составляет в среднем 80%, если один – 40%, если в семье нет близоруких – 10%.

2. Возраст ребёнка. Чем раньше появляется миопия, тем большую тенденцию к прогрессированию она имеет. Худший прогноз по зрению – при рано приобретённой или дошкольной близорукости.

3. Пол. Соотношение встречаемости миопии среди девочек и мальчиков 55 к 45, причем у девочек близорукость прогрессирует быстрее.

4. Факторы образа жизни: а) гиподинамия (у детей с активным спортивным стилем жизни темп прогрессирования миопии меньше); б) несбалансированное питание (преобладание углеводистой и недостаток белковой пищи, витаминов А, Е, С, некоторых макро- и микроэлементов); в) неправильный зрительный стереотип (низкий наклон головы, неправильная посадка, недостаточное освещение, чтение лёжа); г) чрезмерные зрительные нагрузки вблизи (уроки, чтение, занятие за компьютером, игры на видеоприставках, телепередачи).

5. Общие заболевания. Родовые и приобретенные травмы головного и спинного мозга (особенно шейного отдела позвоночника), нарушения осанки, острые (детские инфекции, грипп, частые ОРВИ) и хронические заболевания (болезни печени и желчного пузыря, паразитоз, тонзиллит, синусит).

6. Анатомические предпосылки со стороны глаз. Ослабленная аккомодация, гиперметропия слабой степени, астигматизм, анизометропия, нарушение бинокулярного зрения.

В целом, термин «школьные болезни» прочно вошёл в педагогический обиход. К этой группе относятся, в первую очередь, миопия и сколиоз. Мы совместно с педагогом-психологом провели исследование психологического здоровья школьников с нарушением зрения. Обследованы 150 школьников с прогрессирующей миопией слабой и средней степени и 150 школьников без патологии органов зрения. Исследование проводилось с помощью анкетирования и проективных рисуночных тестов («Несуществующие животные: несчастное и счастливое», «Звёзды и волны», «Рису-

нок человека») (У.Аве-Лаллемант, 2002; А.Л. Венгер, 2005; О.Ф. Потёмкина, Е.В. Потёмкина, 2005).

У детей с миопией гораздо чаще выявлялись следующие психологические особенности ($p < 0,05$):

- Состояние общей энергии: экономия энергии, астеничность организма, быстрое истощение (72%);
- Интровертность: трудность в общении (61%);
- Высокий уровень личной тревожности (62%);
- Эмоциональная неустойчивость, страхи, боязнь быть покинутым (58%);
- Низкая самооценка, недовольство собой, неуверенность в себе, нерешительность, боязнь осуждения (54%);
- Защита от окружающих – против ограничений, запретов, насмешек, непризнания, отсутствия авторитета (65%);
- Негативные эмоциональные реакции: негативизм, протестное поведение, агрессивность (35%).

Таким образом, результаты психологического тестирования детей с прогрессирующей миопией показали, что психоэмоциональное напряжение можно рассматривать важным звеном развития и прогрессирования миопии в школьном периоде.

Список литературы

1. Adler D., Millodot M. The possible effect of undercorrection on myopic progression in children // *Clinical and Experimental Optometry*. – 2006. – Vol.89. - № 5.
2. Смирнова И.Ю., Ларшин А.С. Современное состояние зрения школьников: проблемы и перспективы // *Глаз*. – 2011. - № 3.
3. Герьянская Н.О. Здоровье учителя. – Новосибирск, 2009.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ГРУППЫ РИСКА ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОТБОРЕ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Золотухина Ю.В.

Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть МВД России по Курской области», г. Курск, Россия

Служба в Органах внутренних дел (ОВД), особенно в последние годы, носит чрезвычайно напряженный и экстремальный характер, поскольку сопряжена с риском для жизни. Профессиональная некомпетентность и несостоятельность наделенных властными функциями и имеющими табельное оружие сотрудников, не только дискредитируют правоохранительные органы в глазах общественности, но являются потенциальной

угрозой для нарушения прав, причинения ущерба здоровью как окружающих граждан, так и их самих.

Согласно положениям Конституции Российской Федерации, «каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию». Но в ней также предусмотрено, что «права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства».

В связи с этим особенно остро встает вопрос подбора профессиональных высококвалифицированных сотрудников ОВД.

Психологический профотбор в ОВД является частью профессионального отбора, который предполагает:

- социально-правовой отбор (проверка соответствия установленным требованиям по социальным и демографическим данным, образованию, отношению к воинской обязанности, специальности, трудовому и жизненному опыту, характеристикам, криминологическому и наркологическому учетам, достоверности представленных сведений, документов, а также отсутствия негативной информации на ближайшее окружение претендента и др.);

- медицинский отбор (определения соответствия состояния физического и психического здоровья установленным требованиям);

- отбор по уровню физической подготовленности (определение соответствия основных физических качеств установленным требованиям).

В практике кадрового комплектования правоохранительных органов можно выделить два направления, рассматриваемые как последовательные ступени профессионального психологического отбора:

1) Медико-психологическое направление.

Его основная цель – профилактика заболеваемости, ранних увольнений, увольнений по отрицательным мотивам, суицидов и других негативных проявлений. Для реализации этой цели решаются задачи по выявлению и отсеву кандидатов, имеющих неблагоприятные индивидуальные медико-психологические, психофизиологические особенности и состояния, то есть выявление лиц «группы риска».

2) Профессионально-психологическое направление.

Его основная цель – повышение эффективности оперативно-служебной деятельности и успешности обучения. Для достижения этой цели решается задача по выявлению и отбору на службу кандидатов как можно более соответствующих модельным требованиям по профессионально важным качествам, а также их оптимальное распределение по должностям, подразделениям и видам деятельности. Преобладание направлений определяется укомплектованностью правоохранительных органов, престижностью службы в них, количеством и качеством рабочей силы на рынке труда, системой отбора (конкурсная, последовательная),

развитием правового и методического обеспечения.

Таким образом, современную организацию психологического профессионального отбора в ОВД следует рассматривать с учетом социально-демографических, экономических, медико-психологических и морально-нравственных тенденций в обществе, социально-политической и криминальной обстановки, так как эти процессы определяют не только текущий количественный и качественный состав пополнения, но и ближайшие перспективы комплектования правоохранительных органов.

«Группу риска» составляют лица, у которых наследственные факторы, условия развития и воспитания, личностные и функциональные особенности определяют повышенную вероятность возникновения состояний дезадаптации, способствующих развитию нервно-психических и психосоматических заболеваний, девиантного (аддиктивного, делинквентного) поведения, аутоагрессии, приводящих к снижению эффективности и надежности профессиональной служебной деятельности и профессиональной подготовки.

Факторы «группы риска» представляют собой методический комплекс выявления «слабого» звена в наследственных и биографических данных, в личностной структуре обследуемого, механизмах регуляции его деятельности и поведения, ограничивающих его адаптационные возможности, на основе которого выносятся экспертные решения.

Наличие факторов «группы риска» (принадлежность к «группе риска») снижает категорию рекомендованности кандидатов на службу и учебу, а также сотрудников при перемещении в зависимости от степени выраженности выявленных признаков до уровня «рекомендован условно» или «не рекомендован».

Важно отметить, что категория рекомендованности по той или иной должности, виду деятельности (группе предназначения) определяется не только наличием или отсутствием у кандидата факторов «группы риска», но и уровнем развития профессионально важных качеств.

«Группа риска» в большинстве случаев присваивается вне зависимости от характера предполагаемой профессиональной деятельности кандидата на службу (учебу) в ОВД.

В соответствии с целью профессионального психологического отбора была сформирована батарея основных и дополнительных тестов, одобренная Координационно-методическим Советом МВД России по психологическому обеспечению деятельности органов внутренних дел и внутренних войск и утвержденная Главным управлением кадров и Медицинским управлением МВД России.

Психодиагностическая программа включает в себя следующие методики: краткий отборочный тест (КОТ); стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ); методика многостороннего изучения личности (ММИЛ); цветовой тест М. Люшера.

Данные о количестве лиц различных категорий, обследованных в Центре психофизиологической диагностики УВД по Курской области с

целью профессионального отбора в 2006-2010 гг. в сравнении со средними показателями по РФ следующие:

• кандидаты на службу в ОВД:

2006 г.– 49,8% по Курской обл. (60,2% по РФ);

2007 г.– 47,4% по Курской обл. (62,2% по РФ);

2008 г.– 50,7% по Курской обл. (62,4% по РФ);

2009 г.– 56,2% по Курской обл. (69,1% по РФ);

2010 г.– 36,5% по Курской обл.;

• кандидаты на учебу в учебные заведения МВД РФ:

2006 г.– 20,2% по Курской обл. (16,8% по РФ);

2007 г.– 27,8% по Курской обл. (13,1% по РФ);

2008 г.– 21,5% по Курской обл. (11,2% по РФ);

2009 г.– 22,2% по Курской обл. (8,7% по РФ);

2010 г.– 13,8% по Курской обл.

Таким образом, количество кандидатов на службу в ОВД, обследованных в Центре психофизиологической диагностики УВД по Курской области с целью профессионального отбора в 2006-2010 гг. в сравнении со средними показателями по РФ значительно ниже и характеризуется неустойчивой динамикой (в период с 2006 по 2009 гг. возрастает, а в 2010 г. значительно снижается). При этом количество кандидатов на учебу в учебные заведения МВД РФ, обследованных в Центре психофизиологической диагностики УВД по Курской области с целью профессионального отбора в 2006-2010 гг. в сравнении со средними показателями по РФ значительно выше и характеризуется тенденцией к снижению.

Доля лиц «группы риска» среди кандидатов, прошедших психологическое обследование в Центре психофизиологической диагностики УВД по Курской области в 2006-2010 гг., по сравнению с Центральным Федеральным округом (ЦФО) как среди кандидатов на службу в ОВД, так и среди кандидатов на учебу в учебные заведения МВД РФ на 1-2% выше. Однако по сравнению со средними показателями в целом по России доля лиц «группы риска» среди кандидатов обеих категорий основного контингента значительно ниже (на 2-4%).

Далее сопоставим показатели деления лиц «группы риска» по результатам психологических обследований на «рекомендованных условно» и «не рекомендованных».

Доля лиц «группы риска», имеющих вывод по результатам комплексного психодиагностического обследования «условно рекомендован», как среди кандидатов на службу в ОВД, так и среди кандидатов на учебу в учебные заведения МВД РФ на 1-2% выше средних показателей по ЦФО. При этом сравнивая показатели по категориям основного контингента с общероссийскими, доля лиц, обследованных в Центре психофизиологической диагностики УВД по Курской области, «рекомендованных условно» на 2-5% ниже.

Категория кандидатов «рекомендуется условно» минимально соответствует требованиям предполагаемой должности, выносятся для кандидатов, у которых индивидуальные особенности не позволяют надежно прогнозировать успешность службы в ОВД или обучения в образовательных учреждениях МВД России по следующим обстоятельствам: эффективная деятельность на протяжении длительного периода, как правило, невозможна в связи с быстрым истощением функциональных резервов из-за постоянного психоэмоционального перенапряжения, даже при высокой мотивации к службе в ОВД или учебе в образовательных учреждениях МВД России. В служебной деятельности данной категории кандидатов могут проявиться нарушения адаптации, болезненные состояния или отклоняющееся поведение даже в штатных ситуациях. Такие лица, в большинстве случаев, нуждаются в повышенном психолого-педагогическом внимании.

Доля лиц категории «не рекомендуется» среди прошедших обследование в Центре психофизиологической диагностики УВД по Курской области в 2006-2010 гг. в сравнении как с показателями по ЦФО, так и с общероссийскими показателями, значительно ниже (на 1-3%).

Категория кандидатов «не рекомендуется» (не соответствует требованиям предполагаемой должности) выносятся в отношении кандидатов, имеющих выраженные признаки дезадаптации с высокой вероятностью развития заболеваний, неблагоприятную мотивацию к службе, негативные личностные особенности, асоциальные и аддиктивные формы поведения, низкий уровень профессионально значимых психологических и психофизиологических качеств, сниженные резервы функциональных систем. У этих кандидатов состояние дезадаптации может развиваться даже в обычных условиях профессиональной деятельности.

Выводы относительно кандидатов «группы риска» имеют рекомендательный характер и должны учитывать степень соответствия индивидуальных психологических и психофизиологических качеств кандидата критериям психологической пригодности к основным видам деятельности в ОВД или обучению в образовательных учреждениях МВД России.

Таким образом, эффективность работы государственных органов исполнительной власти в значительной мере определяется качеством их персонала. Специфика ОВД определяет приоритет отбора в них граждан с адекватными мотивами, высоким уровнем правосознания и морально-психологической подготовленности. В связи с особенностями службы в оперативных подразделениях эти качества обязательно должны сочетаться с нервно-психической устойчивостью, психической и физической работоспособностью и целым рядом личностных свойств, обеспечивающих не только выживание в экстремальных ситуациях, но и успешность в противоборстве с криминальной средой.

Список литературы

1. Бодров В.А. Проблемы профессионального психологического

отбора // Психологический журнал. – 1994. – Т. 6. – № 2. – С. 85-94

2. Брайон М., Модха С. Тесты для профессионального отбора. СПб., Питер, 2005. – 142 с.

3. Маклаков А.Г. Профессиональный психологический отбор персонала. Теория и практика. – СПб., Питер, 2008. – 480 с.

АКТИВНАЯ ПОЗИЦИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ У СТУДЕНТОВ КАК КЛЮЧЕВАЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ

Калинина Р.Р.

Псковский государственный педагогический университет
им. С.М. Кирова, г. Псков, Россия

*Работа выполнена в рамках реализации проекта 2232.2.3.3/10211
АВЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России».*

В последние годы психология здоровья как отрасль клинической психологии привлекает все больше внимания, как исследователей, так и психологов-практиков. Это обусловлено широким спектром, задач, решаемых данным направлением психологии. К задачам психологии здоровья относят: повышение уровня психологической культуры, повышение уровня культуры общения, определение путей и условий для самореализации, раскрытия своего творческого и духовного потенциала [1].

Очевидно, что решение задач психологии здоровья невозможно без выделения его психологических факторов. Проанализировав литературу по психологии здоровья, Н.В. Ходырева выделила три основные группы психологических факторов, коррелирующих с болезнью и здоровьем. По данным автора, самые сильные корреляции со здоровьем и болезнью показывают независимые, или предшествующие, факторы, включающие в себя личностные характеристики, поведенческие особенности, а также все когнитивные и эмоциональные ресурсы человека [2].

Ставя перед собой задачу разработку научно-методического обеспечения реализации стратегий поведения и жизненных навыков молодежи, обеспечивающих устойчивость по отношению к негативным социальным влияниям, особое внимание было уделено формированию психологических оснований здоровья студентов, таких как:

- осознание собственного поведения, его мотивов, его влияния на психическое состояние, социальные связи, самовосприятие и т.д.;
- формирование самоуправления и саморегуляции поведения;
- формирование субъектного отношения к своему здоровью;
- и, как следствие, создание устойчивой мотивации сохранения своего здоровья.

Для этого в Псковском государственном педагогическом университете им. С. М. Кирова был введен курс «Психологии здоровья» в качестве

учебной дисциплины по выбору не только для студентов, обучающихся по специальности «Психология», но и по другим педагогическим специальностям.

Задачами преподавания данной дисциплины являются:

- формирование представлений о психологии здоровья как науке о психологическом обеспечении здоровья человека на всем протяжении его жизненного пути;
- получение знаний о критериях здоровья, в том числе психического и социального;
- формирование представлений о здоровом образе жизни и здоровой личности;
- формирование умений анализировать причины, приводящие к нездоровому поведению;
- формирование представлений о роли саморегуляции при профилактике и коррекции нездорового поведения;
- воспитание сознательной активной позиции по отношению к своему здоровью.

Среди основных содержательных единиц учебного курса можно выделить:

- понятие о психологии здоровья как науке, основные термины и понятия психологии здоровья, предмет и задачи психологии здоровья;
- значение здоровья и подходы к его определению; медицинская, биомедицинская, биосоциальная, ценностно-социальная модели здоровья;
- критерии психического и социального здоровья; социальное здоровье как адекватное восприятие действительности, интерес к окружающей действительности, адаптация к социальной среде, ответственность, демократизм в поведении и др.; оценка и самооценка здоровья;
- отношение к здоровью, причины, препятствующие формированию адекватного отношения к здоровью; факторы здорового образа жизни; психическая саморегуляция, как один из способов поддержания психического здоровья; виды психической саморегуляции; понятие о здоровой личности;
- понятие нездорового поведения; типы нездорового поведения: акцентуации, аддиктивное поведение, агрессивное поведение, суицидальное поведение, отклонения в сексуальном поведении; психологические причины нездорового поведения, нездоровое поведение как адаптация, способ решения возникающих проблем, способ привлечения внимания, личностная незрелость и др.;
- проектирование собственного здоровья как современный подход к формированию здорового образа жизни; выделение основных субъективно значимых критериев здоровья, выявление индивидуальных рисков и трудностей, выявление индивидуальных ресурсов здорового образа жизни, развитие рефлексии;
- повышение психологической культуры и социальной компетентности как основной ресурс при формировании здорового образа жизни: раз-

витие самопознания, повышение осознанности поведения, формирование адекватной самооценки, формирование навыков продуктивного разрешения конфликтов, формирование жизненных целей и др.

Особое внимание при изучении курса психологии здоровья уделяется самостоятельной работе студентов, в рамках которой предполагается изучение дополнительной литературы (учебные пособия, монографии, справочная литература), подготовка сообщений, подготовка к дискуссиям. Подобные методы учебной работы способствуют формированию умения анализировать материалы по психологии здоровья, формировать собственное понимание важности психологии в жизни каждого человека.

Данный учебный курс включает в себя как лекции, в ходе которых активно используется постановка проблемных вопросов и анализ случаев и ситуаций, касающихся здорового и нездорового поведения, так практические занятия. На практических занятиях студенты после самостоятельного изучения литературы по заданной теме имеют возможность не только закрепить свои знания, но и посредством дискуссий сформулировать свою точку зрения, через обсуждения, сформировать убеждения по различным аспектам психологии здоровья. Все это способствует развитию у студентов умения анализировать, сравнивать, делать выводы, аргументировать свою точку зрения. Основными формами работы являются творческие задания, упражнения проблемного характера, дискуссии, другие активные методы групповой работы.

Например, при организации дискуссии о мерах профилактики аддиктивного поведения, целью которой является создание условий для понимания единства профилактических мер, независимо от вида аддиктивного поведения, а также о главенстве личностных факторов, личностной зрелости в профилактике аддиктивного поведения, перед студентами ставятся следующие вопросы:

1. Какие личностные качества обуславливают аддиктивное поведение?
2. Какие личностные качества помогают противостоять человеку негативным воздействиям социального окружения?
3. Как вы считаете, эффективны ли строгие запреты в качестве профилактики аддиктивного поведения?

Еще одним примером использования групповых методов работы является практическое занятие по теме «Пути формирования мотивации здорового образа жизни». Сначала студенты делятся на подгруппы по 5-7 человек. Каждой группе дается задание в течение 20-30 минут выработать, обсудить и написать пути формирования мотивации здорового образа жизни. Далее каждая группа по очереди называет, а преподаватель записывает на доске один из выработанных ими путей. Если в других группах этот прием повторяется, то это просто фиксируется.

Преподаватель в процессе высказываний студентов конкретизирует выделенные пути и записывает их в два столбика: в левом – пути формирования мотивации, требующие административных решений (реклама на

телевидение, отсутствие пропаганды потребления психоактивных веществ в кино и литературе), а в правом – пути, которые каждый человек может применять для себя самостоятельно. Когда все пути и методы записаны, необходимо обратить внимание студентов, что не продуктивно сетовать и надеяться на социум в широком смысле слова (государство, СМИ и т.д.), а необходимо начинать с себя. После этого студенты высказывают свое мнение по поводу того, какие пути приемлемы для них лично, какие они отвергают, какие они используют или могут использовать для формирования собственной мотивации здорового образа жизни.

Опыт преподавания учебной дисциплины «Психология здоровья» студентам педагогического университета позволяет говорить о его целесообразности, актуальности и эффективности: студенты более осознанно подходят к своему здоровью, чаще обдумывают свое поведение и его последствия. На наш взгляд, можно рекомендовать такой практико-ориентированный подход при изучении данной дисциплины не только для студентов, независимо от специальности, по которой они обучаются, но и для старшеклассников и учащихся средних профессиональных образовательных учреждений.

Список литературы

1. Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского – СПб.: Питер, 2000. – 752 с. – С. 433.
2. Ходырева Н.В. Психологические факторы здоровья // Психология здоровья: Учебник для вузов./ Под.ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с. – С. 31-39.

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПЕДАГОГОВ

Киреева Н.Н., Анисимов А.И.

Санкт-Петербургский государственный университет;
Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия

Модернизация системы образования на всех уровнях в настоящее время актуализирует множество проблем, связанных с содержанием профессиональной деятельности и личности учителя, в том числе и проблемы, связанные со здоровьем субъектов образовательного процесса. Профессия педагога относится к профессиям типа “человек - человек”, которая предполагает высокие затраты ресурсов физического и психического здоровья. Это обуславливает риск возникновения хронической усталости, профессиональной деформации, невротических расстройств и разного рода психосоматических проблем. В связи с этим наиболее острой и актуальной является проблема обеспечения сохранности и укрепления здоровья учителей,

а также необходимость совершенствования психопрофилактической и психокоррекционной работы. Решение этой проблемы возможно в контексте изучения социального здоровья.

Актуальность изучения социального здоровья учителей обусловлена рядом важнейших обстоятельств. Во-первых, профессия учителя является одной из самых социально насыщенных в системах «человек – человек» и «человек – общество», так как она предполагает постоянное взаимодействие учителя с людьми разных возрастных групп, разного социального положения, разного уровня культуры. Во-вторых, социальное здоровье педагога, представляющее собой сложное структурное образование, оказывает существенное влияние на эффективность его педагогической деятельности и общения и в значительной степени определяет и состояние здоровья учащихся. В-третьих, необходимы эффективные и действенные способы поддержки, профилактики и коррекции социального здоровья педагогов, а также такая организация школьной образовательной среды, которая способствовала бы развитию ценностного отношения к собственному здоровью, как у учителей, так и у учеников.

Профессия учителя, являясь одной из самых распространенных в социально-ориентированных видах трудовой деятельности, наиболее подвержена риску психологических и психосоматических нарушений здоровья. В этой связи возрастают требования как к личностно-профессиональным качествам педагогов, так и к системе профилактики профессионального выгорания. Е.И. Рогов подчеркивает, что основным гарантом, предотвращающим профессиональные деформации, остаётся сама личность педагога, основные параметры которой должны получить соответствующее развитие [6].

Многие ученые (Л.А. Байкова, Е.Ю. Коржова, Л.М. Митина, Л.Г. Татарникова и др.) убеждены, что добиться решения проблемы обеспечения здоровья учителей можно с помощью оптимально организованной психопрофилактической работы. Существующие профилактические программы пока не отвечают требованиям, которые предъявляют современные условия профессиональной деятельности к здоровью специалистов [1]. На их основе не удастся организовать психологическую работу по обеспечению здоровья профессионалов таким образом, чтобы она носила профилактический, т.е. упреждающий характер.

Как подчеркивают ведущие специалисты в области охраны здоровья (Р.М. Баевский, А.И. Вялков, В.А. Пономаренко, А.Н. Разумов, Г.И. Царгородцев и др.), смысл профилактики не только, и не столько в выявлении признаков патологии, сколько в развитии защитных механизмов и в активизации резервов здоровья. Современные условия жизнедеятельности актуализируют необходимость оценки адаптационных ресурсов в период, когда еще отсутствуют явные признаки заболевания и существуют возможности эффективного восстановления резервов здоровья. Своевременная диагностика снижения резервных возможностей человека, по мнению В.А. Пономаренко, позволяет действительно регулировать и эффективно вли-

ять на состояние здоровья специалистов с целью обеспечения его сохранности [5]. И.Н. Гурвич считает, что разработка эффективных профилактических программ будет иметь прочное основание в том случае, если будет опираться на результаты социально-психологических исследований здоровья [2].

Одним из наиболее существенных рисков возникновения нарушений здоровья человека являются проблемы в сфере взаимоотношений с окружающими людьми, различного рода конфликты и трудности в их продуктивном разрешении. Эти проблемы тесно связаны с проблематикой социального здоровья человека.

Социальное здоровье человека – одна из наиболее актуальных и перспективных проблем современной психологии здоровья.

Основной акцент специфики социального здоровья, как подчеркивает Г.С. Никифоров, – полноценное выполнение человеком своих социальных функций. Он определяет социальное здоровье человека «как количество и качество межличностных связей индивидуума и степень его участия в жизни общества» [4].

Л.А. Байкова рассматривает социальное здоровье как гармонию взаимоотношений человека с другими людьми, обществом, культурой, которая способствует не только эффективному развитию и самоактуализации личности, но и благотворному влиянию, которое активная личность оказывает на других людей, общество и культуру в целом.

В этих определениях высвечиваются различные аспекты социального здоровья, подчеркивающие особенности взаимодействия человека и общества.

В современной концепции ВОЗ «Здоровье для всех» предлагается рассматривать здоровье в двух аспектах: баланс здоровья и потенциал здоровья [3]. Баланс здоровья понимается как динамическое равновесие между организмом человека и окружающей средой, стабильная связь человека с окружающим внешним миром. Потенциал здоровья представляет собой ресурсы человека – индивидуальную способность противостоять влияниям окружающей среды, угрожающим балансу здоровья.

Если общее здоровье определяется характеристиками взаимодействия человека с внешней природной средой, то социальное здоровье – параметрами социального взаимодействия.

Тогда баланс социального здоровья отражается в динамическом равновесии взаимоотношений между личностью и социальной средой, в стабильной связи человека с социумом. Состояние социального здоровья человека характеризуется степенью гармоничности отношений личности с социальным окружением.

Потенциал социального здоровья следует рассматривать в контексте тех ресурсов личности, которые помогают ей поддерживать гармоничность отношений с социальным окружением, преодолевать неблагоприятные, конфликтные ситуации и социальные катаклизмы.

В качестве индикатора потенциала социального здоровья человека правомерно рассматривать степень его социальной зрелости, так как социальная зрелость отражает наличие тех личностных ресурсов, которые являются результатом социального развития человека и проявлением его социальной эффективности.

На основе концепции ВОЗ и проведенного анализа существующих понятий «здоровье» и «социальное здоровье» нами предложено собственное определение социального здоровья: социальное здоровье человека – это состояние гармоничности отношений личности с социальным окружением, которое обеспечивается соответствием социальной зрелости личности требованиям социума. Сущностными моментами этого определения являются и гармоничность отношений, и социальная зрелость личности, которые мы рассматриваем в качестве интегральных критериев оценки социального здоровья человека.

Эти критерии нами были использованы в эмпирическом исследовании социального здоровья учителей.

Целью нашего исследования явилось изучение индивидуального социального здоровья учителей и выявление среди них группы риска профессионального выгорания.

Мы предположили, что показатели социального здоровья учителей будут иметь существенные различия в связи со степенью переживаемых ими состояний профессионального выгорания (ПВ), отраженных в симптомах «эмоционального истощения», «деперсонализации», «редукции личных достижений».

Для реализации поставленной цели нами были обследованы учителя общеобразовательных школ СПб. Общая выборка составила 302 человека. В нее вошли женщины с высшим образованием, в возрасте от 23 до 62 лет.

Исследование проводилось в конце учебного года, когда особенно высока вероятность проявления симптомов профессионального выгорания у педагогов.

Данное исследование позволило выявить 3 группы учителей с разным уровнем индивидуального социального здоровья: высокий (21,5%), средний (47%) и низкий (16,9%).

Учителя с высоким уровнем социального здоровья демонстрируют более низкую степень ПВ. Значимые различия ($p < 0,01$) по всем показателям ПВ, установленные по результатам сравнения групп учителей с разным уровнем социального здоровья, свидетельствуют о том, что учителя с высоким уровнем социального здоровья гораздо в меньшей степени ощущают симптомы психического неблагополучия: эмоциональное истощение, деперсонализацию, значительно меньше проявляют склонность к редукции собственных профессиональных достижений.

Учителей с низким уровнем социального здоровья можно отнести к группе риска. В условиях напряженной профессиональной деятельности или при неблагоприятных жизненных обстоятельствах они в большей степени подвержены ПВ и личностным деформациям, а, следовательно, будут

нуждаться либо в профилактических мероприятиях, либо в психотерапевтической помощи.

Дисгармоничность отношений личности с социальным окружением в условиях напряженной педагогической деятельности в высокой степени сопряжена с ощущаемым ею психологическим неблагополучием. На это указывают выявленные отрицательные корреляции показателей гармоничности отношений учителей с компонентами ПВ.

В момент резкого возрастания профессиональной нагрузки низкий уровень социальной зрелости личности (недостаточно развитые ответственность, коммуникативная толерантность, социальный интерес, а также низкая степень осмысленности жизни) заметно коррелирует с ощущением эмоционального неблагополучия, снижением оценки собственных возможностей и достижений, негативными переживаниями в адрес тех людей, с которыми приходится взаимодействовать.

Оценка индивидуального социального здоровья учителей в целом позволяет сделать следующее заключение: большинство педагогов можно охарактеризовать как практически социально здоровых людей. Для них характерны гармоничные межличностные отношения и положительное отношение к собственной личности в сочетании с невысокой степенью социальной зрелости, что может свидетельствовать о недостаточном потенциале их социального здоровья и повышенном риске профессионального выгорания.

Выявленный потенциал социального здоровья учителей не может служить надежной защитой в напряженных условиях профессиональной деятельности, при столкновении с конфликтными, кризисными ситуациями. Это повышает риск возникновения у педагогов профессиональных деформаций и, в частности, профессионального выгорания.

Таким образом, особую актуальность приобретает задача повышения потенциала социального здоровья учителей. Развитие социальной зрелости тесно связано с укреплением социального здоровья и способствует повышению его потенциала, т.е. тех личностных ресурсов, которые помогают человеку противостоять неблагоприятным жизненным обстоятельствам.

Социальное развитие личности и достижение социальной зрелости, предполагающие гармонизацию отношений с социальным окружением, будут способствовать наращиванию этого потенциала, а, следовательно, и укреплению социального здоровья человека.

Результаты оценки социального здоровья делают возможным использование уровневого подхода, который позволяет выделять группы здоровья для организации дифференцированной психологической помощи учителям. Учителей групп с высоким уровнем социального здоровья и «практически социально здоровых» важно вовлекать в систематически организуемые профилактические мероприятия. С учителями группы с низким уровнем социального здоровья необходимо организовывать психокоррекционную работу.

Для обеспечения формирования адекватного отношения человека к собственному здоровью проводимые психопрофилактические мероприятия должны воздействовать не столько на когнитивную, сколько на мотивационно-волевую и эмоционально-чувственную сферы личности. Обучение здоровому стилю жизни не сводится только к повышению информированности учителей по тем или иным аспектам здорового образа жизни. Это целостный процесс, который включает воспитание и самовоспитание личности как активного субъекта социальной действительности, способного сознательно выбирать здоровый образ жизни.

Список литературы

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья: Учеб. пособие [Кн.1: Концептуальные основы психологии] / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
2. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич; [Рос. акад. наук, Ин-т социологии и др.]. – СПб.: С.-Петербург. ун-т, 1999. – 1023 с.
3. Концепция охраны и укрепления здоровья, программно-стратегические действия и задачи ВОЗ по достижению «Здоровья для всех» / В.А. Полесский [и др.] // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2006. - № 4. – С. 3-13.
4. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учеб. пособие / Г.С. Никифоров. - СПб.: Речь, 2002. – 256 с.
5. Пономаренко В.А. Размышления о здоровье: (Круг чтения) / В.А. Пономаренко; под общ. ред. А.Н. Разумова; [Рос. акад. образования и др.]. - М.: Магистр-пресс, 2001. – 429 с.
6. Рогов Е.И. Личность учителя. Теория и практика: Учеб. пособие для студентов вузов / Е.И. Рогов. - Ростов н/Д: Феникс, 1996. - 512 с.

КАТЕГОРИАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА ВЫГОРАНИЯ

Кливак А.Р.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В современном научно-практическом и теоретико-методологическом пространстве психологии актуальность проблемы выгорания не вызывает сомнений. В обществе наблюдается целая «эпидемия» выгорания. У каждого из нас есть опыт взаимодействия со «злыми», «черствыми» руководителями, чиновниками, педагогами, медработниками.

Причем выгорание не ограничивается проблемами, обусловленными профессионально-деятельностными отношениями и переживаниями, и как пишет известный специалист в области выгорания С.Cherniss, оно начина-

ет «захватывать» другие стороны жизни человека и в какой-то момент «человек чувствует, что больше не может жить так, как раньше».

Не смотря на практическую актуальность проблемы выгорания и ее востребованности в вопросах профилактики и психологического сопровождения деятельности, на наш взгляд первостепенной задачей научной психологии является определение категориального поля термина выгорание. На сегодняшний день нет единого мнения по данному вопросу. В большинстве научных работ используется понятие «профессионального выгорания» (Водопьянова Н.Е., 2005, Ильин Е.П., 2008). Наряду с понятием «профессиональное выгорание» выделяют понятие «профессиональных деформаций» (Е.И. Рогов), которое может являться и как следствие и как рядоположное состояние. Но ведь те проявления, которые присутствуют у человека, развиваются не только в рамках работы, но также это может быть и другой набор условий. Очень часто используют и понятие «эмоционального выгорания» (Макарова Г.А., 2005), что тоже заставляет усомниться в соответствии данного термина тому состоянию, которое он описывает. К тому же проявления в рамках данного состояния схожи с проявлением состояния профессионального выгорания. Третьим вариантом обозначения феномена выгорания является понятие «состояние выгорания» (Ильин Е.П., 2005). Которое также включает в себя определенный набор компонентов и проявлений, во многом схожий с предыдущими. И четвертым вариантом понятия выгорания является «психическое выгорание» (Maslach. С. 1982, Орел В.Е., 1995).

Впервые синдром психического истощения был описан у работников психиатрических учреждений как явление разочарования, деморализации и крайней усталости. При этом использование понятий эмоционального и профессионального выгорания может происходить параллельно, то есть в рамках одной научной работы [1]. Это является проблемой для правильной трактовки и правильного понимания того или иного понятий в контексте научной работы.

Для того чтобы разобраться собственно в проблеме необходимо понять содержание самих категорий. В основе нашего анализа будет лежать сравнение основных форм проявлений феноменов и обуславливающие их формирование причин.

В 70-х годах прошлого века Х.Дж. Фреденбергер дал название феномену психического истощения - burn-out (выгорание). Определяя причины развития этого состояния, К. Маслач в 80-х годах образно назвала его «платой за сочувствие», характерное для так называемых «альтруистических» профессий: социальные работники, медицинские сестры, врачи, педагоги, психологи и т.п. И немного погодя название синдрома было скорректировано как «синдром профессионального выгорания» (СПВ) [1].

В настоящее время под СПВ понимают состояние постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющееся в симптомах истощения, утомления, личной отстраненности, снижения удовлетворения от исполнения работы.

На сегодняшний день среди основных проявлений СПВ рассматривают те группы переживаний, которые изначально выделила К. Маслач:

- эмоциональная истощенность (чувство эмоциональной опустошенности и усталости);
- деперсонализация (циничное отношение к труду и объектам своего труда, дегуманизация отношений с другими людьми, проявление черствости, бессердечности, цинизма или грубости);
- редукция профессиональных достижений (возникновение у работников некомпетентности в своей профессиональной сфере, потеря смысла и желания вкладывать личные усилия на рабочем месте).

Схожие проявления отмечаются и при изучении синдрома эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личностной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. Он рассматривается как результат неудачно разрешенного стресса на рабочем месте.

В.В. Бойко рассматривал эмоциональное выгорание как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [7]. Такой механизм защиты имеет пять ключевых групп симптомов: физические симптомы; эмоциональные симптомы; поведенческие симптомы; интеллектуальное состояние; социальные симптомы [3].

В современных условиях понятие «психическое выгорание» занимает ключевые позиции в ряде отраслей психологической науки [7]. В некоторых научных работах и статьях можно встретить использование понятия в качестве синонима эмоционального выгорания, что говорит об отсутствии конкретики в понимании различия терминологии, и об отсутствии единственно верного понятия. При этом «психическое выгорание», безусловно, шире, поскольку оно включает как эмоциональные состояния, так и другие возможные проявления выгорания. Это нарушения в личностной сфере, в межличностной, в физиологической, интеллектуальной сфере и т.д.

Четвертый вариант понятия феномена выгорания - «состояние выгорания» – это прежде всего функциональное состояние, которое характеризует физиологические состояния организма и его систем [5]. Любое состояние является функциональным, т.е. отражает уровень функционирования организма в целом или отдельных его систем, а также само выполняет функции адаптации к данным условиям существования. Так и состояние выгорания отражает определенный уровень функционирования, в котором выражается в большей степени именно психическая активность. Таким образом, эмоциональная сторона состояний находит отражение в виде эмоциональных переживаний (усталости, апатии, скуки, отвращения к дея-

тельности, страха, радости достижения успеха и т. д.), а физиологическая сторона — в изменении ряда функций, в первую очередь — вегетативных и двигательных.

Таким образом, мы видим, что описанные проявления различных понятий выгорания являются схожими и в основе своей представляют совокупность психических симптомов с проявлением в различных сферах, физических симптомов, социальных симптомов, интеллектуальных симптомов и т. д.

Так, К. Маслач выявила широкий спектр последствий профессионального выгорания вне указанных групп [1]. Межличностные последствия, проявляющиеся в социальных, семейных отношениях, а также в рабочих конфликтах или деструктивном напряжении при общении с коллегами, деловыми партнерами, клиентами и т. д. Установочные последствия, как развитие негативных установок по отношению к клиентам, работе, или к себе, в отчуждении от работы. Поведенческие последствия, использующие не конструктивные или неэффективные модели поведения. Психофизиологические последствия, отражающиеся в психосоматических расстройствах, таких как бессонница, головные боли.

Е.И. Рогов использует понятие «профессиональной деформаций» или «профессиональной дезадаптации». Общая характеристика, которого соответствует той, которая дается при определении понятия «профессионального выгорания» [2].

Он выделяет следующие проявления: временное общее снижение активности; временное (обратимое) снижение эффективности трудовых действий (качества, точности, правильности, скорости, последовательности); стойкое снижение эффективности трудовых действий; ошибки восприятия и внешнего внимания; ошибки памяти, воображения; ошибки мышления, принятия решения, оценки ситуации; ошибки самооценки, самопознания.

Перлман и Хартман (Perlman, Hartman, 1982) выделили три группы переменных, определенным образом влияющих на возникновение выгорания в сфере профессий типа «человек—человек»: личностные, ролевые и организационные [1]. Личностные факторы: интроверсия; реактивность; пол; возраст; авторитаризм; низкое самоуважение; трудоголизм; поведенческая реакция на стресс по типу *A*; низкий уровень эмпатии; особенности мотивации; степень неудовлетворенности профессией и профессиональным ростом; большой стаж работы. Ролевые факторы: ролевые конфликты; ролевая неопределенность. Организационные факторы: время, затрачиваемое на работу; неопределенное (или трудноизмеримое) содержание труда; работа, требующая исключительной продуктивности и постоянного повышения профессионализма.

Но, не смотря на многообразие факторов, способствующих формированию СПВ, главной причиной большинство исследователей считает психологическое утомление, когда внутренние или внешние требования преобладают над ресурсами [2].

Другие варианты причинной обусловленности профессионального выгорания:

ролевой конфликт – противоречия требований, предъявляемых к личности, выполняющей данную роль со стороны лиц, занимающих корреспондирующие по отношению к этому субъекту ролевые позиции;

ролевая неопределенность – неясность требований, которым должна удовлетворять деятельность личности;

ролевая перегрузка - чрезмерность требований к данной роли, превышающих возможности их выполнения личностью [2].

Стоит заметить, что данные факторы могут быть отнесены и к выгоранию не только в профессиональной сфере. Так, к примеру, ролевая перегрузка может также наблюдаться и у мамы, которая не может справиться с обязанностями мамы. Проявления личностной ригидности любому человеку не даст возможности понимать других, так как сковывает в рамки собственно личностные проявления. Таким образом, понятие «профессиональное выгорание» является узким для описания всех проявлений данного процесса.

Выделяют ряд факторов, способствующих развитию синдрома эмоционального выгорания.

Ключевым является стресс на рабочем месте: несоответствие между личностью и предъявляемыми ей требованиями. Это фактор определенным образом сходен с фактором утомления, который является ключевым в профессиональном выгорании.

Также выделяют организационные факторы: факторы, связанные с нагрузкой; социальной поддержкой, вознаграждением, и т.д.

Профессиональные факторы риска: «помогающие» профессии [3].

Эмоциональное выгорание может быть у любого из нас, при этом его проявления можно найти в рамках любого понятия. Так в понятии «профессиональное выгорание» и «психическое выгорание», нарушения в эмоциональной сфере являются одним из симптомов. Таким образом, выгорание влияет на различные сферы жизни человека.

В рамках психического выгорания выделяют группу факторов очень схожую с таковыми в синдроме профессионального выгорания: личностные, ситуативные профессиональные и требования [1]. Отличие состояло в том, что данные факторы риска были даны более узко.

Сфера возможных факторов «состояния выгорания» можно классифицировать по множеству оснований, отражающих их существенные признаки.

Вообще состояния могут быть классифицированы в зависимости [5]:

1) от роли личности и ситуации в возникновении психических состояний: личностные и ситуативные; 2) от доминирующих (ведущих) компонентов: интеллектуальные, волевые, эмоциональные; 3) от степени глубины состояния; 4) от времени протекания: кратковременные, затяжные, длительные; 5) от влияния на личность: положительные и отрицательные, сте-

нические и астенические; 6) от степени осознанности; 7) от причин; 8) от степени адекватности вызвавшей их объективной обстановки.

Рассмотренное нами категориальное поле понятия выгорания позволяет выделить сходство в факторах его формирования и проявлениях. Это указывает на узко специфическое описание состояния выгорания. При этом данный термин может быть включен в более широкий спектр состояний, формирующийся на разных уровнях и в разных сферах личности и жизни человека. Состояние выгорания представляет собой вариант многофакторного влияния, что позволяет изучать его как системную реакцию в целом.

Таким образом, феномен профессионального выгорания требует дальнейшего изучения с учетом специфичности профессионального поля и других деятельностных состояний.

Список литературы

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. - М.: Печать. – 1996.
2. Водопьянова Н.Е., Старчетова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб. «Питер», 2005.
3. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности.
4. Ильин Е.П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности
5. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека.
6. Макарова Г.А. Синдром эмоционального выгорания. 2005.
7. Орел В.Е. Исследование профессиональной деформации личности на уровне представлений о профессии // Актуальные проблемы естественных и гуманитарных наук. – 1995.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Клычева М.А., Адизова С.Р., Яхяева Х.Ш.

Бухарский государственный университет, г. Бухара, Узбекистан

Проблема нарушений поведения подростков успешно разрабатывается педагогами, клиницистами и психологами. Клинико-психологический анализ изучения нарушений поведения является весьма перспективным, так как при нарушении поведения у детей необходимо учитывать сложный симптомокомплекс биологических и социальных факторов. В работах зарубежных психологов психокоррекция нарушений поведения у детей и подростков рассматривается в рамках психодинамического, когнитивного и поведенческого подхода. В русской психологической литературе рас-

сматриваются проблемы семейной психотерапии в коррекции поведения у детей, предлагаются конкретные психотерапевтические и психокоррекционные методы [3, 4].

Особый интерес представляют исследования психокоррекции поведения у детей и подростков с позиции не только клинико-психологического анализа, а также этнопсихологического. При исследовании этнопсихологических особенностей личности традиционно используются два различных подхода: личностно–центрированный, направленный на исследование национально-специфической структуры психики, и культурно–центрированный, связанный с исследованием норм, ценностей. Второе направление нацелено на исследование системы отношений личности и ее установок, что лежит в основе характера и формирует ее поведение. Родительские установки и стиль семейного воспитания тесно связаны с наличием у представителей данной культуры тех или иных стереотипов, установок, мотивационных линий поведения.

Семья – основной институт воспитания детей. Образцы поведения дети перенимают у своих родителей, поскольку именно родители определяют нормы оценки поведения. Дети часто играют роли своих родителей, поэтому очень важно предупредить закрепление дезадаптивных форм поведения ребенка путем психокоррекционной и консультативной работы не только с детьми, но и с родителями. Начиная свою работу с подростками, психолог всегда должен помнить, что главное в отношениях с ними – это взаимоуважение и доверие. То, что говорит подросток, всегда должно оставаться тайной. Его проблемы можно оговаривать с родителями и педагогами только по просьбе школьника или с его согласия. Утрата доверия, разглашение тайны, даже случайное, является для ребенка большой психологической травмой и может привести к непредвиденным последствиям. Подросток чрезвычайно активно стремится к изменениям, улучшению своего характера, часто ощущая даже ненависть к себе за свое «слабоволие» или «вспыльчивость». Поэтому одной из основных задач психолога является выявление главной проблемы подростка и четкое формулировка ее механизма, а также четкие, однозначные направления в достижении цели, которые должны признаваться и самим подростком и окружающими. Выбор методов психологической коррекции должен проводиться в тесном контакте с ребенком.

Обязательным шагом в психокоррекции подростка является выявление особенностей его мотивации, поиск любых видов деятельности, связанных с положительными эмоциями (радостью, интересом, увлеченностью). Важно, чтобы в эту деятельность не включались элементы нежелательного, «проблемного поведения». С упором на такую положительную мотивацию возможна работа по достижению желанного изменения.

В работе с подростками «группы риска» эффективно использовать методы групповой психологической коррекции, ролевые игры. Это дает возможность ребятам рассмотреть свое поведение, как бы со стороны другого человека, т.е. объективно. Кроме этого, ролевые игры дают возмож-

ность отработать навыки реагирования в сложных ситуациях. При комплектовании подростковых групп желательно, чтобы количество участников не превышало 5-7 человек, с учетом пожелания ребят, которые могут желать, чтобы группы были смешанными, либо отдельными. Желательно объединение в одной группе ребят с различной акцентуацией.

Для овладения навыками анализа своего поведения и способов принятия решений, на групповых занятиях практикуется обсуждение произведений художественной литературы, кинофильмов, герои которых сталкиваются с такими же проблемами, что и участники занятий. В начале обсуждения ребятам предлагается перечислить возможные альтернативные варианты решения проблемы, без учета возможных последствий. После этого им предлагается выбрать одно-два решения с описанием их положительных и отрицательных последствий с учетом чувств героя, его окружения, давления, которое оказывают на него, его личностные особенности и пр. Аналогично можно проводить ретроспективный анализ жизненного решения кого-либо из участников группы, если, конечно, на то имеется его согласие. Апробация и внедрение программы тренинга модификации поведения в практику показали, что организация работы с детьми, имеющими нарушения поведения, имеет свои особенности и принципиальные отличия от традиционных форм организации тренинговой работы.

В ходе тренинга решались следующие задачи: осознание собственных потребностей; отреагирование негативных эмоций и обучение приемам регулирования своего эмоционального состояния; формирование адекватной самооценки; обучение способам целенаправленного поведения, внутреннего самоконтроля и сдерживания негативных импульсов; формирование позитивной моральной позиции, жизненных перспектив и планирования будущего. Предметом коррекции являлось не столько собственно агрессивное поведение детей, сколько мотивационный, эмоциональный, волевой и нравственный компоненты его регуляции. В рамках программы “Тренинг модификации поведения” дети не только начинают понимать социальные, возрастные и другие проблемы своих сверстников, но и причины своего неправильного поведения. Расширяются и пределы их терпимости, снижается порог агрессивности. Дети обретают способность контролировать свои стрессовые состояния, страхи, гнев, научаются адекватно реагировать на свои эмоциональные конфликты и прорабатывать их совместно с группой. Наш практический опыт свидетельствует, что комплектование группы должно строиться исходя из двух основных принципов: информированности участников и добровольности. При комплектовании группы важно использовать принцип информированности участников: дети заранее имеют право знать все о той работе, в которой они будут участвовать. Поэтому с участниками тренинга проводится предварительная беседа о том, что такое тренинг, каковы его цели, какие результаты могут быть достигнуты. Известно, что для многих ребят, особенно подростков, необходимость противостоять натиску группы вызывает стрессовое состояние, поэтому тренировка является необходимым условием в умении от-

стоять свое мнение, даже когда другие думают иначе. Игра «Умей сказать «нет» дает возможность приобрести такие навыки. Например, разыгрывается такая ситуация, когда трое подростков приглашают четвертого принять участие в вечеринке, где соберутся незнакомые ему люди, и где приглашающие обещают ему какие-то сюрпризы. Разыгрывая эту ситуацию несколько раз и меняя состав участников и главного героя, подростки с помощью психолога должны прийти к выводу, что лучше всего действовать по такой схеме: называть вещи своими именами; твердо отказать, аргументировав свое мнение, предложить свой вариант.

Анализ результатов анкетирования, проведенных психологами как отечественными, так и зарубежными, подтверждает существование общепризнанных причин отклонений в поведении учеников: негативное влияние окружения, в том числе и многих родителей; раннее укоренение вредных привычек (табакокурения, приема алкогольных напитков и даже наркотических средств). Кроме этого, каждая возрастная группа и каждый ребенок в отдельности имеет свои причины отклонения в поведении. В работе по исследованию причин девиантного поведения школьников широко используются методы анкетирования и опросов, анализ которых, дает психологу возможность для применения дифференцированного подхода по коррекции, как к отдельному индивиду, так и к отдельным группам путем использования тренингов и психологических игр.

Список литературы

1. Данилова Е.Е. Практикум по возрастной и педагогической психологии. – М., 1998.
2. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. - М. Академия, 2000.
3. Максимова Н. Психокоррекционная работа с подростками группы риска Психолог. - 2003. - № 45.
4. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. Мир психологии и психология в мире, 1994.– С. 57–63.

ДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Клюй И.Е.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, России

Основной задачей педиатрии является сохранение или возвращение состояния здоровья ребенку, позволяющее ему максимально полно реализовать свой врожденный потенциал жизни.

Целью настоящего исследования явилось изучение различных групп факторов на формирование и поддержание здоровья школьников.

В последние годы отмечается стойкая текущая тенденция к ухудшению здоровья детей школьного возраста. По данным института возрастной физиологии Российской академии образования, от первого к одиннадцатому классу в 2 раза возрастает число детей с заболеваниями сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, органов зрения и слуха, в 5 раз – эндокринной системы. На лидирующее место в первом классе выдвигается кариес, а в одиннадцатом – нарушение опорно-двигательного аппарата.

Состояние здоровья детей на сегодняшний день вызывает огромную тревогу. Это объясняется тем, что со школьными факторами риска трудно справиться. Во-вторых, взяв на себя ответственность за здоровье детей, государство сняло ее с родителей, и сложившаяся в России система образования не стала больше соответствовать функциональным возможностям ребенка, то есть требования школы становятся все более жесткими, резко возросла загруженность детей, ребенок в силу ограниченности своих функциональных возможностей справиться с ними не сможет.

Такое неудовлетворительное состояние здоровья детей – результат неблагоприятного воздействия социально-экономических и организационно-педагогических факторов. Вызывает тревогу чрезмерная интенсификация учебного процесса, несоответствие программ и технологий обучения функциональным и возрастным особенностям учащихся, несоблюдение гигиенических требований к организации учебного процесса, недостаточная осведомленность педагогов в вопросах развития и охраны здоровья ребенка, недостаточная грамотность родителей в вопросах сохранения и укрепления здоровья детей.

Ученик большую часть времени в школе проводит в состоянии стресса. Не всегда объективна оценка его знаний учителями, подчас неуважительное отношение педагога к ребенку, как к личности, невозможность качественно усвоить преподаваемый материал в полном объеме – факторы, поддерживающие стресс.

Перегрузка домашними заданиями – это одна из главных проблем. Тот факт, что перегруженные учебным материалом программы рассчитаны на сформировавшуюся готовность ребенка к школе, умение первоклассника ориентироваться в школьном материале, неудовлетворенность учителей имеющимся багажом знаний заставляют ребенка находиться в состоянии гипервозбудимости. Необходимость ребенку формировать изучение материала школьных предметов вызывает постоянные перегрузки, перенапряжение со стороны нервной системы.

Серьезной проблемой, касающейся учащихся старших классов, является отсутствие преемственности между высшей и средней школами: вузы завышают требования к абитуриентам, что заставляет родителей брать репетиторов и увеличивать время занятий детей, что, в свою очередь, приводит к стойкому утомлению, неврозам и возникновению хронических заболеваний. Причем, чем «выше» статус школы (школа с углубленным изучением каких-либо предметов), тем более интенсивен процесс обучения, тем

больше перегрузка школьников и, как следствие этого, ухудшение их здоровья.

Не всегда положительно сказывается на детском здоровье и процесс модернизации образования. Введение новых технологий учебного процесса, обновление содержания обучения не всегда соответствуют возрастным возможностям детей. Именно поэтому важной является научная разработка здоровьесберегающих технологий, обеспечивающих сокращение удельного веса теоретических знаний в пользу практической деятельности детей.

Методика обучения, направленная на искусственную интенсификацию процесса обучения, на увеличение темпа чтения, письма, счета тормозит у ребенка формирование основных навыков, приводит к эмоциональным срывам и к ранним неврозам. Неслучайно на сегодня фиксируется новое заболевание – стресс ограничения времени.

Последние 10 лет для школьного образования были большим периодом перемен: появились лицеи, гимназии, многие школы ввели инновационные программы обучения. Нагрузка многократно растет, а возможности детей воспринять знания изменяются не так стремительно. Постоянное перенапряжение, усталость приводят к неврозам – еще одной школьной болезни.

Большое место в структуре заболеваемости школьников занимают патологии опорно-двигательного аппарата, нарушения осанки. Ранец школьников начальных классов весит на 2 кг тяжелее положенного, а шестиклассники носят учебников на 6,4 кг – в два раза больше нормы. Нарушены и санитарные нормы используемой школьной мебели. Она не приспособлена к тому, чтобы поддерживать тело ребенка в оптимальном положении без перенапряжения той или иной группы мышц.

Заболевания органов пищеварения широко распространены у детей, а эпоха быстрого питания вывела эту группу болезней на второе место. Практически каждый десятый ребенок (9%) из всех заболевших имеет заболевания пищеварительной системы. Одна из причин состоит в том, что все меньше детей едят в школе полноценную горячую пищу. Более старшие дети пользуются услугами буфетов, но горячее питание, необходимое растущему организму, имеют только 20% старшеклассников.

Считается, что дети страдают «скрытым голодом», когда при нормальной калорийности рациона организм ребенка недополучает важнейших аминокислот, микроэлементов, витаминов.

Анализируя состояния школьников, обслуживаемых детской поликлиникой МУЗ «Городская больница № 2» г. Курска, пришли к выводу, что в 2010 году возросла заболеваемость и выявляемость некоторых нозологических форм. Так, по данным годового отчета поликлиники за 2010 год общее количество обслуживаемых школьников – 3787 детей.

По группам здоровья дети распределялись следующим образом: 1 группа – 443 ребенка (11,7%), 2 группа – 2947 (77,8%), 3 группа – 337 детей (8,9%), 4 группа – 15 (0,4%), 5 группа – 45 (1,2%), то есть за последние

5 лет уменьшилось число детей с 1 группой здоровья за счет увеличения 3 и 4 групп детей, страдающих хронической патологией. Увеличение роста заболеваемости произошло за счет патологии костно-мышечной системы, органов дыхания, заболеваний желудочно-кишечного тракта.

По параметрам физического развития гармоничное у 3410 детей – 90,4%, высокий рост имеют 274 ребенка – 7,2%, низкий рост – 195 детей – 5,15%, с дефицитом массы – 198 детей – 5,22%, с избытком массы – 179 детей – 4,7%. По уровню биологической зрелости 3496 детей (92,3 %) соответствуют возрасту, 170 детей (4,5%) имеют отставание от паспортного возраста, 121 ребенок (3,2%) опережают последний. Горячим питанием охвачено 2142 ребенка, то есть 57,1%: процент охвата детей начальной школы – 76,5%, учащихся 5 – 11 классов – 41,5%.

Группа диспансерных больных представлена следующим образом: общее количество детей, состоящих на диспансерном учете 974 (25,7%), из них с болезнями кроветворения – 39 (0,8%), патологией эндокринной системы – 58 (15,3%), с психическими расстройствами – 149 (39,3%), с болезнями нервной системы – 123 (33,5%), болезнями глаз – 224 (77,1%), болезнями уха – 54 (14,3%), болезнями органом дыхания – 75 (19,8%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 76 (20,06%), заболеваниями костно-мышечной системы – 462 (122%), патологией мочеполовой системы – 38 (10%). Уровень диспансеризации 974 ребенка (257,2%).

Не всегда соблюдаются санитарно-гигиенические условия обучения. Большая чувствительность детей к изменению микроклимата обуславливает необходимость обеспечения воздушно-теплого комфорта в учебных помещениях. В результате длительного пребывания детей в закрытых помещениях воздух загрязняется. Относительная влажность в помещениях должна быть в пределах 40 – 60%. На каждой перемене необходимо проветривать классы, что далеко не всегда выполняется.

Благоприятный световой режим способствует сохранению зрительной и общей работоспособности, препятствует утомлению глаз и связанному с ним расстройству зрения. Необходимо максимально использовать естественное освещение. Недопустимо ставить на окна цветы, закрывать их плотными шторами. Запыленность окон снижает уровень естественной освещенности более чем на 40 %.

Часто нарушаются требования к санитарному содержанию образовательных учреждений. Нерегулярно в учебных помещениях после окончания уроков проводится влажная уборка с использованием дезинфицирующих средств. Генеральная уборка должна проводиться ежемесячно.

Имеют место и нарушения при работе с компьютерами. На одно рабочее место с компьютером должно приходиться 6 м² площади помещения. На занятиях в кабинетах информатики следует использовать специальные рабочие стулья, а компьютер следует размещать так, чтобы его тыльная сторона не «глядела» в затылок впереди сидящего учащегося.

Регулярно должен проводиться контроль за соответствием школьной мебели и правильным рассаживанием учащихся за партами.

Таким образом, строгое соблюдение санитарно-гигиенических условий обучения в значительной мере предотвращают влияние неблагоприятных факторов учебного процесса на состояние здоровья детей и подростков. Современная школа должна создавать благоприятные условия для обучения школьников, образовательная среда должна быть здоровьесберегающей и объединяющей как учебную, так и в неучебную деятельность учащихся, семью и образовательное учреждение.

Одной из задач российской педагогики, а также широкой ответственности является усиление пропаганды идеи сохранения и укрепления здоровья детей, которая должна стать национальной идеей и объединить все слои общества.

Список литературы

1. Современные технологии оздоровления детей и подростков в образовательных учреждениях: пособие для врачей / Сост. В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева и др. – М., 2002.
2. Гигиеническая оценка условий обучения школьников / Сост.: Н.В. Анисимов, Ч.А. Карашвили. – М.: ТЦ Сфера, 2002.
3. М. Безруких. Здоровье детей и школьные факторы риска. – www.ruscenter.ru

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Клюй И.Е., Криворутченко В.Б., Гришин С.В., Меркулов М.С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Педиатрия – область медицины, изучающая здорового и больного ребенка, имеющая ряд отличий от медицины взрослых, главными из которых являются особенности роста, физического и интеллектуального развития, специфической защиты организма, функциональной и социальной адаптации. Вся деятельность врача сосредоточена на заботе о здоровье детей, максимальном предохранении их от всех вредных воздействий, в том числе от отрицательного действия различных лечебных и профилактических мер.

Педиатры должны решать и множество вопросов, требующих от них особого такта знаний, специфики, психологии здорового и больного ребенка и его родителей. Детский врач должен быть другом и добрым советчиком семьи наблюдаемого им ребенка. Современное состояние отечественного здравоохранения предлагает высокую квалификацию педиатров, работающих в детских образовательных учреждениях. Актуальность пособия определяется тем фактом, что именно курс на приоритетное развитие профилактической помощи детскому населению, является в России одним из ведущих стратегических направлений реформы здравоохранения. Охрана здоровья детей в значительной степени зависит от уровня организации и

качества медицинской помощи в детских образовательных учреждениях.

Важным условием формирования личности ребенка является институт семьи. Основы здоровья закладываются в семье, поэтому ее можно считать и основной социальной средой развития человека, особенно в детском возрасте. Поэтому изучение характера и направленности влияния семьи на формирование здоровья детей особенно актуально.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли семьи в формировании здоровья и гармоничного развития ребенка.

Состав семьи является одним из важных условий в формировании личности ребенка.

Анализируя статистические данные видно, что в период с 1995 по 2005 годы наблюдался рост доли детей, рожденных вне брака, в РФ на 9%. Удельный вес числа детей, родившихся у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке, составил 28% по России в целом.

Нами на базе детской поликлиники МУЗ «Городская больница №2» проанкетировано 45 семей. 25 полных и 20 неполных семей, состоящих из одного родителя с одним или несколькими несовершеннолетними детьми.

Здоровье детей в полных семьях лучше, чем в неполных, причем в возрастном диапазоне от 1 года до 13 лет доля здоровых детей в полных семьях не изменяется и составляет 20-23%, в неполных – снижается с 18% до 10 %. Детей с хроническими заболеваниями в возрасте 13 лет в полных семьях в два раза меньше, чем в неполных.

Психологический климат в семье оказывает определенную роль на гармоничное формирование здоровья и личности ребенка. Напряженные, конфликтные взаимоотношения чаще характерны для неполных семей. В дружных семьях увеличилась доля здоровых детей с 8 до 29% за период от 7 до 13 лет, в семьях с частыми ссорами все семилетние здоровые дети, к 13 годам имеют различные заболевания.

Значительную роль в формировании здоровья детей играет материальное положение семьи, оказывающее опосредованное действие. Высокие доходы семьи позволяют обеспечить определенный набор материальных благ, способствующих укреплению здоровья. Такие составляющие комфортности жизни, как качество питания, санаторно-курортное оздоровление, возможность приобретения лекарств, – критерий благополучия. В полных семьях более распространена витаминизация детского организма. Так более трети родителей в полных семьях, регулярно дают детям витамины, в неполных всего 1/5.

Средний уровень доходов наиболее обеспеченных семей, воспитывающих несовершеннолетних детей, в 6 раз больше соответствующего группе наименее обеспеченных.

Достаточными для нормальной жизни доходы являются лишь условием для реализации ответственного отношения родителей к здоровью своих детей. Уровень благосостояния еще не гарантирует грамотную организацию питания ребенка. Анализ показывает, что есть малообеспеченные семьи, старающиеся обеспечить детям здоровое питание. В тоже время в

ряде богатых семей из-за сильной занятости на работе не уделяется должного внимания организации питания.

Недостаточность обеспеченности ребенка микроэлементами и витаминами из-за несбалансированного питания приводит к росту гастроэнтерологической патологии у детей, снижению иммунитета, нарушению физического и психического развития. В группе с плохой организацией питания доля 13-летних детей с дефицитом массы тела в 2 раза больше, чем в группе с хорошим питанием. В семьях с хорошей организацией питания в три раза больше доля детей, страдающих избыточной массой тела, что свидетельствует о несбалансированности питания.

Важным фактором, влияющим на формирование здоровья и развития ребенка, является образование родителей, что определяет ответственное, грамотное отношение последних к здоровью своих детей.

Раннее выявление заболеваний у детей во многом зависит от своевременного обращения за медицинской помощью. 80% родителей с высшим образованием всегда обращаются к врачам, родители, пытающиеся лечить детей самостоятельно, чаще имеют среднее или не оконченное среднее образование. В целом медицинская активность родителей падает по мере взросления ребенка.

В современных условиях значительно возросла роль школы в формировании всестороннего развития личности, сохранении и укреплении здоровья детей младшего школьного возраста. В детстве формируется образ жизни ребенка под воздействием образа жизни окружающих его людей. Научить здоровому образу жизни, воспитать ответственное отношение младших школьников к своему здоровью обязаны педагоги и родители. Исследования последних лет показывают, что 30-35% детей поступающих в первые классы, имеют хронические заболевания, а более 80% выпускников общеобразовательных школ имеют отклонения в состоянии здоровья. Все больше распространение получают гастроэнтерологические патологии, сердечно-сосудистые, заболевания органов зрения, нервной системы, опорно-двигательного аппарата.

Ухудшение здоровья детей школьного возраста связано с проблемами экологии, экономики, вредными привычками, неумением правильно организовать свой досуг.

Воспитание потребности в правильной организации досуга, во всемирном развитии своего физического и духовного потенциала – вот основная задача детской и молодежной политики. В решении этих задач особое значение имеет организационная работа с участием семей, учителей, медицинских работников.

Из вышеизложенного следует, что основы здоровья закладываются в семье, она же является основной социальной средой развития человека, особенно в детском возрасте. Поэтому изучение характера и направленности влияния семьи на формирование здоровья детей особенно актуально.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России. 2008: стат. сб. – М., 2008. – 557 с.
2. Гурко Т.А. Трансформация института современной семьи // Социологические исследования. – 1995 . - №10. - с. 95
3. Маслихина Н.В. Роль семьи в формировании личности ребенка // Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса: теория и практика. - Выпуск 1.
4. Эрман М.В., Социально-гигиенические аспекты влияния семьи на здоровье детей // Здоровье и образование. – 1999 – С. 216-218.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ФОНЕ АБИЛИТАЦИИ.

Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В.

МГППУ, НЦПЗ РАМН, г. Москва, Россия

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является ключевой в современной психиатрии. Актуальность изучения аутизма в детстве определяется высокой частотой этого синдрома в детской популяции, разными исходами данных состояний [1, 4, 5]. Материалы многолетних исследований в НЦПЗ РАМН показали, что в 61% случаев РАС связаны с выраженными проявлениями психозов, основное место среди которых занимают детский психоз – ДП (35%) и атипичный детский психоз – АДП (16%) [5, 6], похожие по наличию кататонических расстройств (КР) в манифестных приступах.

У больных ДП при детском аутизме КР носят генерализованный характер, занимают ведущее место в развернутой картине болезни, чередуются с аффективными, психопатоподобными, и свидетельствуют об остроте состояния. Больные возбуждены, бегают по кругу, по прямой, подпрыгивают, раскачиваются, карабкаются наверх, совершают стереотипные движения (атетоз, потряхивания кистями, хлопки). Речь смазанная с персеверациями, эхолалиями. Длительность приступов – 2-3 года. Сочетание КР с аутизмом при ДП приостанавливает физиологическое развитие ребенка на протяжении манифестного приступа, и способствуют формированию вторичной задержки психического развития.

В ремиссии у больных после кататонических приступов отмечается гипердинамический синдром, как вторичное негативное расстройство на выходе из кататонии. Нарушения внимания у них сочетаются с замедленностью мыслительных процессов, моторной неуклюжестью, двигательной расторможенностью, при хорошей познавательной активности, что свидетельствует и о наличии когнитивного дизонтогенеза.

Возрастной фактор и фактор развития (положительные тенденции онтогенеза), своевременно проведенная абилитация способствуют благо-

приятному исходу в 84% («практическое выздоровление» – в 6%; «высоко-функциональный аутизм» – в 50%, регредиентное течение – в 28%). Это позволяет относить ДП к «детскому аутизму», как отдельной нозологической единице – F84.0, вне рамок шизофрении.

При эндогенном АДП, КР возникают вслед за негативными (аутистическими и регрессивными) расстройствами. Начинаются приступы с углубления аутистической отрешенности с быстрым присоединением регресса речи, игры, навыков опрятности, аппетита (поеданием несъедобного). Кататонические расстройства, преимущественно в форме двигательных стереотипий, возникают вслед за негативными (аутистическими, регрессивными), на фоне астении. В кистях рук отмечаются движения древнего архаического уровня: «моющего», складывающего, потирающего типа, битье по подбородку, взмахи руками как крыльями. Длительность приступов при АДП составляет 4,5-5 лет. Регресс, кататония, тяжелый аутизм приводят к формированию необратимого олигофреноподобного дефекта уже в периоде манифестного приступа [5, 6].

Ремиссии при АДП кратковременные, низкого качества, с сохранением кататонических стереотипий. Аутизм, как первичный негативный симптом дефицита, отмечается у больных с АДП на всем протяжении болезни в тяжелой форме. Исход заболевания при АДП неблагоприятный. Все больные не обучаемы, в 1/3 случаев помещаются в интернаты системы социального обеспечения. Отрицательная динамика в течении болезни позволяет рассматривать АДП и в рамках детской злокачественной шизофрении (F20.8).

Одним из важнейших проявлений эндогенных психозов, наряду с позитивными и негативными расстройствами, являются нарушения когнитивных процессов (Moller, 2005; Milev P.2005; Keefe R., 2008, [цит. по 5, 6]).

В данной работе представлен материал по исследованию клиники и динамики психотических аутистических расстройств, когнитивных нарушений у больных с ДП в рамках детского аутизма и АДП в рамках эндогенного атипичного аутизма (или детской шизофрении) на фоне проводимой коррекции.

Цель работы. Оценка изменений состояния психических функций (ПФ), выраженности аутизма у больных ДП и АДП в ходе проводимой терапии.

Материал. 68 больных (8 девочек и 60 мальчиков) в возрасте от 3 до 7 лет с психотическими формами аутизма: 44 больных с ДП – F84.0 и 24 больных с АДП – F84.1 (МКБ-10, 1999), проходивших абилитацию в условиях дневного полустационара НЦПЗ РАМН в 2006-2011гг. Фармакотерапия проводилась нейротрофическими и нейропротективными средствами (церебролизин, кортексин, семакс) на фоне базисной терапии типичными и атипичными нейролептиками, направленными на купирование продуктивных кататонических расстройств (аминазин, тизерцин, тералиджен, соннапакс, хлорпротиксен, галоперидол) и преодоление когнитивных наруше-

ний (трифтазин, этаперазин, азалептин, рисполепт) и сочеталась с психологической коррекцией.

Методы: клинико-динамический, патопсихологический, психотерапевтический, статистический. Дважды с интервалом в 3 месяца использованы инструментальные методы оценки аутистических расстройств и диагностики психических функций:

1) Количественная шкала оценки выраженности детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale – CARS) – Рейтинговая шкала детского аутизма, стандартизированный инструмент [8]. В ее основе – непосредственное наблюдение за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях: взаимоотношения с людьми; имитация; перцепция (зрительный контакт реакция на слуховые раздражители, вкус, обоняние и осязание); эмоциональный ответ; тревожные реакции и страхи; моторика, координация движений; игра (использование предметов); адаптация к изменениям; вербальная коммуникация; невербальная коммуникация; уровень активности; уровень и постоянство интеллектуальных ответов; общее впечатление. Каждый из 15 параметров оценивается по 4-балльной шкале (1- 4 балла), возможные итоговые суммарные оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма, 30-36 баллов – легкому/умеренно выраженному аутизму, 37-60 – тяжелому. В диапазоне тяжелого аутизма в ряде случаев дополнительно выделяют крайне тяжелый аутизм (42-60 баллов) [8].

2) Психологообразовательный тест (Psychoeducation Profile, – PEP) [7] применяется для динамической оценки сформированности психических функций, наличия когнитивных нарушений и выраженности патологических сенсорных знаков. Шкала PEP, разработанная специально для оценки психического возраста и зоны ближайшего развития у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра, умственным недоразвитием, позволяет определить степень зрелости 7 когнитивных сфер и параметров психической деятельности ребенка: подражания, восприятия, тонкой моторики, крупной моторики, зрительно-двигательной координации, исполнительных когнитивных функций, вербальных когнитивных функций. Наряду с указанной оценкой, PEP позволяет оценить выраженность аутистических расстройств по 5 аутистическим сферам: аффект, взаимоотношения, использование материала, сенсорные модели, речь. Таким образом, PEP представляет собой наилучшую модель для комплексной оценки когнитивных функций и выраженности аутизма по 12 описанным субшкалам. Общий балл, полученный в результате выполнения 12 субшкал PEP, отражает когнитивное (познавательное, интеллектуальное) развитие и возможности социальной адаптации, коммуникации у больных с аутистическими расстройствами. [7].

Статистическая значимость изменений показателей PEP и CARS в ходе терапии оценивалась с помощью непараметрического Z-критерия Уилкоксона и параметрического t-критерия Стьюдента для парных выбо-

рок. Выбор варианта критерия был обусловлен разными объемами выборок: параметрического для ДП и непараметрического для АДП.

Задачи исследования: 1. Определить выраженность когнитивных нарушений у больных ДП и АДП. 2. Оценить терапевтическую динамику психических функций у больных ДП и АДП в ходе терапии. 3. Оценить диагностические возможности CARS и PEP при динамическом обследовании детей с аутистическими расстройствами.

Результаты. В группе детского психоза при детском аутизме было получено следующее. Выраженность аутизма в психозе по шкале CARS составляла в среднем 37,2 балла (нижняя граница тяжелого аутизма), а в ремиссии – достоверно уменьшалась ($t=5.00$, $p<0.000$) до 32,8 балла (легкий/умеренный аутизм). В группе эндогенного атипичного детского психоза в круге атипичного аутизма было получено следующее. Выраженность аутизма в психозе по шкале CARS составляла в среднем 45,8 балла по CARS (крайне тяжелая). В ходе терапии аутизм несколько смягчился ($Z=1.997$, $p=0.046$) до 42,2 балла («тяжелый аутизм»). Состояние когнитивных функций в ходе терапии улучшалось по всем субшкалам PEP (при $p < 0,03$), в том числе и по суммарному баллу когнитивных сфер (в среднем с 49.2 до 57.7 при $t=6.97$, $p<0,001$). Глубина аутистических проявлений стала менее выраженной (в среднем с 16,5 до 22,7 при $t=4.57$, $p<0,001$). Это свидетельствует о положительной терапевтической динамике когнитивных функций и аутистических проявлений в группе ДП.

В группе АДП после проведенной терапии в состоянии когнитивных функций не отмечалось статистически достоверных изменений по субшкалам PEP. Исключение составляет увеличение показателей по субшкале «когнитивные представления» ($Z=3.626$, $p=0.004$). Выявлена разная динамика когнитивных функций и аутистических проявлений после терапии. У больных АДП наблюдается незначительное увеличение суммарного балла по когнитивным показателям (в среднем с 19.1 до 24.9 при $Z=3.37$, $p=0,006$), одновременно суммарный балл по аутистическим проявлениям остается неизменным (в среднем с 8.5 до 9.1 при $Z=0.63$, $p=0,545$). Можно указать лишь на отдельные элементы улучшения познавательной активности в форме когнитивных представлений; тогда как речь у большинства больных не развивалась, и сохранялись патологические сенсорные знаки. Такая характеристика динамики когнитивной сферы является отчетливым показателем устойчивости когнитивных нарушений у данной группы пациентов. Таким образом, отставание в развитии когнитивных функций (олигофреноподобный дефект) у больных АДП не преодолевалось в ходе терапии.

Уровень когнитивного развития у больных детским психозом до терапии является умеренно сниженным по отношению к норме (от 40% до 75% по 7 когнитивным сферам, 15-60% по 5 аутистическим сферам). После проведенной терапии уровень когнитивного развития больных ДП (по PEP) приближается к норме, за исключением сферы «мелкая моторика» и «зрительно-двигательная координация», что, по-видимому, связано с мо-

торными нарушениями вследствие кататонии (в форме гипердинамического синдрома) [3, 5], или общими проявлениями недоразвития этой сферы у пациентов с эндогенными расстройствами. При АДП уровень когнитивного развития до терапии является низким не только по отношению к норме, но и к больным ДП (от 2% до 44% по 7 когнитивным сферам, 6-38% по 5 аутистическим сферам). Несмотря на проведенную терапию, показатели когнитивных и сфер РЕР не превысили 55%, а по аутистическим – 37%. Полученные результаты указывают на выраженные когнитивные нарушения в группе АДП. Степень выраженности аутизма по РЕР согласуется с данными, полученными по шкале CARS.

Динамика когнитивного функционирования отражает как преходящие (при детском психозе), так и стабильные когнитивные нарушения (при АДП или ранней детской злокачественной шизофрении [2, 3, 5, 6].) Когнитивные нарушения при АДП определяются и в острой фазе заболевания, и в состоянии ремиссии в отличие от ДП.

Материалы исследования показывают сходство в оценках аутистических проявлений по РЕР и CARS. Дальнейшие исследования должны быть сфокусированы на методологии оценки динамики когнитивных функций с привлечением помимо РЕР других методов количественной оценки состояния когнитивной сферы, а также методов патопсихологической качественной диагностики [2, 3]. Опыт применения методик РЕР и CARS в отделе по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма Научного Центра психического здоровья РАМН показал их широкие диагностические, исследовательские и коррекционные перспективы.

Выводы. При психотических формах аутистических расстройств у детей, протекающих с кататоническими проявлениями, когнитивные нарушения имеют разную степень выраженности: когнитивный дизонтогенез при ДП (детском аутизме, как отдельной нозологии), и выраженный когнитивный дефицит при эндогенном АДП (злокачественной шизофрении).

Используемые методики РЕР и CARS дают возможность увидеть, количественно оценить и качественно проанализировать общие и различные черты в структуре нарушений психической деятельности по различным сферам ПФ у больных с ДП и АДП.

Аутистические и когнитивные нарушения не одинаково подвержены влиянию комбинированной терапии нейротрофическими, нейропротективными средствами, на фоне базисной терапии нейролептиками: в группе ДП достоверно улучшаются показатели психических функций в процессе терапии, почти приближаясь к норме; в группе больных с АДП терапия незначительно влияет на состояние психических функций.

Список литературы

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. // М., Медицина, 1999.

2. Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Симашкова Н.В. Применение психолого-образовательного теста (РЕР) для психологической квалификации тяжести состояния при рано начавшейся детской шизофрении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007 - № 1 С. 82-90.
3. Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В. Коррекция когнитивных нарушений у детей с аутистическими расстройствами процессуального генеза // Материалы III съезда психиатров и наркологов республики Беларусь «Психиатрия и современное общество», г. Минск, 3-4 декабря 2009 г., С. 286-288.
4. Красноперова М.Г. Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития // Автореф. дисс... канд.мед.наук. – М., 2003
5. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте // Дисс...докт. мед. н. – М., 2006.
6. Симашкова Н.В. Современные подходы к проблеме аутистических расстройств в детстве (клинические, коррекционные и профилактические аспекты) – Сборник материалов научно-практической конференции «Современные технологии здравоохранения в охране нервно-психического здоровья детей», Тула, 2009 г., С.77-78.
7. Shopler E., Reichler R.: Psychoeducation Profile. Baltimor, University Park Press (1979).
8. Schopler E., Reichler R., Renner B. The Children Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services. – 1988 - 1-6.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
ПРОГРАММ

Кожина А.М., Гайчук Л.М., Кришталь В.Е.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Психическое здоровье и психическое благополучие являются важнейшими составляющими высокого уровня качества жизни, позволяющие человеку считать свою жизнь полноценной, быть активными и творческими членами общества. [1, 3, 5]

Улучшение психического здоровья, профилактика психических нарушений, лечение, реабилитация лиц с проблемами психического здоровья и уход за ними являются приоритетными задачами для ВОЗ. [2, 6]

Борьба с дискриминацией и стигматизацией потребителей психиатрических услуг является приоритетом, как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации. ВОЗ предполагает проведение активной психообразовательной работы с населением в странах Европы, цель которого – дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом

ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей. [3, 5]

Для украинской психиатрической практики психообразовательная работа с психическими больными и их родственниками является совершенно новым видом лечения и реабилитации. Между тем, в зарубежной литературе психообразование представлено как один из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий. [2, 4, 6]

Вышеизложенное определило актуальность нашей работы цель которой – оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных шизофренией и разработка оптимальных методов ее применения

Материал и методы: Исследование проводилось в рамках работы кафедры психиатрии как учебно-методического центра Министерства здравоохранения Украины по вопросам психообразования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных шизофренией в комплексной терапии, которых наряду с использованием психофармакотерапии была использована психообразовательная программа.

Результаты и обсуждение: Психообразование (psychoeducation) - поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, предусматривающих информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и их обучение методам совладения со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Исходя из этого к основным целям психообразовательной работы мы отнесли:

1. Собственно «образование» путём доступного для каждого пациента и его семьи предоставления информации о природе заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, приверженности); распознавании и действиях при ранних признаках релапса.
2. Формирование у больных и членов их семей адекватного представления о заболевании.
3. Снижение эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания.
4. Снижение у пациентов и членов их семей уровня стигматизированности и самостигматизированности.
5. Выработка у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения).
6. Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов и улучшение их коммуникативных способностей.
7. Обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладения со сложными ситуациями.

8. Улучшение адаптации пациента и его семьи.
9. Улучшение качества жизни больного.

Для решения поставленных задач мы использовали интегративную модель психообразовательной работы включавшую в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых воздействий (информационный тренинг, тренинг позитивного самовосприятия, тренинг улучшения комплайенса, тренинг формирования коммуникативных умений и навыков, тренинг решения проблем межличностного взаимодействия), проблемно ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию.

Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, с количеством участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состоял из 10 - 12 занятий, продолжительностью 1,5 – 2,0 часа с частотой 1 - 2 раза в неделю.

Согласно полученным в ходе работы данным на фоне проводимой комплексной терапии отмечается быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитивных показателей, повышение психофизической активности больных, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим.

По шкале PANSS отмечалась четкая положительная динамика показателей шкалы социально-ориентированного и социального функционирования: До лечения: 60 – 51 балл, т.е. значительные затруднения в областях социально полезной деятельности, отношениях с близкими; самообслуживании и в других социальных отношениях. После лечения: 90 – 81 балл, т.е. - хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди в повседневной жизни.

Таким образом, как показали результаты исследования комплексный подход в терапии шизофрении включающий в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Что в свою очередь свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.

Список литературы

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией // Монография, Донецк, 2009, - 584 с.
2. Долішня Н.І. Оптимістичний погляд на проблему шизофренії. // – *Нейро News психоневрологія і нейропсихіатрія*. № 3 (14), 2009, С. 18-19.
3. Марута Н.А. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // *Архів психіатрії* т.17 3 (66), 2011, - С. 5 - 9

4. Марута Н.О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. // *Нейро News психоневрологія и нейропсихіатрія.* № 5 (24), 2010, С. 83-90.

5. Михайлов Б.В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы). // *Український вісник психоневрології.* Том 18, вип. 4 (65), 2010. С. 39-47.

6. Підкоритов В.С. Психіатрія в Україні – минуле, теперішнє, майбутнє.// – *Вісник психіатрії та психофармакотерапії.* №2 (14), 2008. С. 29-32.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕМЕНТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ И СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Кожина А.М., Григорова И.А., Коростий В.И., Товажнянская Е.Л.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Важной проблемой современной науки является увеличение распространенности среди населения когнитивных нарушений, обусловленное тенденцией к старению населения. У большинства больных с органическими и симптоматическими психическими расстройствами, которые возникают на фоне цереброваскулярной, сердечно-сосудистой и эндокринной патологии отмечаются когнитивные нарушения различной степени. Дифференцированию различных вариантов когнитивных расстройств и установлению возможных предикторов их прогрессирования может способствовать детальный нейропсихологический анализ и квалифицированное психопатологическое исследование в ранний период их появления. (1, 2, 3, 4)

Целью исследования было определение проблем диагностики когнитивных нарушений в психиатрической и неврологической практике при органических и симптоматических психических расстройствах.

Материал и методы. Анализ историй болезни 60 больных с органическими и симптоматическими психическими заболеваниями вследствие цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний (30 больных, перенесших инфаркт миокарда, и 30 больных, перенесших ишемический мозговой инсульт) и 62 больных с органическими и симптоматическими психическими заболеваниями вследствие эндокринных заболеваний (32 больных с сахарным диабетом первого и второго типа и 30 больных с первичным гипотиреозом), возрастом от 36 до 59 лет.

Результаты и их обсуждение. Как показал анализ диагнозов в историях болезни, в неврологической практике для обозначения когнитивных нарушений, не достигающих степени выраженности, соответствующей деменции, получила распространение концепция умеренных когнитивных расстройств (УКР; англ. mild cognitive impairment, MCI). При этом когни-

тивные нарушения рассматриваются как синдром в клинической картине различных неврологических заболеваний (как правило, на ранних стадиях энцефалопатии различного генеза или нейродегенеративных заболеваний). Психиатром же когнитивные нарушения, не достигающие степени выраженности, соответствующей деменции, могут классифицироваться как «Органическое легкое когнитивное расстройство» (код F 06.7.) и относятся к рубрике МКБ-10 «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни» большого раздела /F00 - F09/ Органические, включая симптоматические, психические расстройства. Только в 12% случаев психиатрами устанавливался другой диагноз, предполагающий более выраженные нарушения когнитивных функций (постэнцефалитическое расстройство, посткоммоционное расстройство, амнестическое расстройство, деменция).

Сравнение диагностических критериев умеренных когнитивных расстройств и органического легкого когнитивного расстройства показывает их совпадение. В неврологической практике, согласно критериям МКБ-10, синдром умеренных когнитивных расстройств может быть выставлен при условии наличия снижения памяти, внимания или способности к обучению; жалоб пациента на повышенную утомляемость при выполнении умственной работы; нарушения памяти и других высших мозговых функций, не вызывающих деменцию и не связанных с делирием; органической природы указанных расстройств. Диагностические критерии синдрома умеренных когнитивных нарушений (УКН) по J. Touchon, R. Petersen (2005) включают когнитивные нарушения по словам пациента и/или его ближайшего окружения; признаки ухудшения когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой для данного индивидуума, которое произошло в недавнее время; объективные свидетельства когнитивных нарушений полученные с помощью нейропсихологических тестов (снижение результатов нейропсихологических тестов не менее чем на 1,5 стандартных отклонения от среднестатистической возрастной нормы); нет нарушений привычных для пациента форм повседневной активности, однако могут быть трудности в сложных видах деятельности; деменция отсутствует - результат краткой шкалы оценки психического статуса составляет не менее 24 баллов.

Клинические особенности синдрома УКН разнообразны и определялись характером основного заболевания, которое являлось причиной нарушений. У большинства больных с УКР выявлялось нарушение нескольких когнитивных функций, тогда как в чистом виде монофункциональный тип УКР наблюдался редко. Поэтому при выделении различных типов УКР речь идет об относительном доминировании того или иного типа нарушений. Необходимо также отметить, что наиболее универсальным типом когнитивных нарушений является ослабление памяти, выявленное у 87% пациентов с УКР, и определение его природы играет ключевую роль в дифференциации различных вариантов УКР.

В психиатрической практике «органическое легкое когнитивное расстройство» - это нарушение, характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Часто имеет место выраженное ощущение психической усталости при попытке рушить умственную задачу; обучение новому представляется субъективно трудным, даже когда объективно оно успешно. Ни один из этих симптомов не является настолько выраженным, чтобы можно было диагностировать деменцию (F00.xx F03.x) или делирий (F05.xx). Этот диагноз должен ставиться только в связи с уточненным соматическим нарушением, он не должен основываться только на наличии каких-либо психических или поведенческих расстройств, классифицированных в рубриках (F10.xxx - F99.x). Расстройство может предшествовать широкому спектру инфекционных и соматических болезней (как церебральных, так и системных), сопровождать их или следовать за ними, но при этом не обязательно должны присутствовать непосредственные признаки вовлечения в процесс головного мозга. Данное расстройство может быть дифференцировано от постэнцефалитического синдрома (F07.1x) и постконтузионного (посткоммоционного) синдрома (F07.2) по его отличной от них этиологии, более ограниченному спектру преимущественно слабо выраженных симптомов и обычно непродолжительному течению.

Анализ описаний психического состояния больных с умеренным когнитивным расстройством или органическим легким когнитивным расстройством показал соответствие клинических проявлений. У пациентов обнаруживают замедление темпа умственной деятельности (брадифрения), больному требуется больше, чем в норме и чем требовалось ранее, до болезни, времени и попыток для того, чтобы решать насущные интеллектуальные задачи. Отмечалась недостаточность кратковременной памяти при относительной сохранности долговременной. Такое своеобразие мнестических расстройств обуславливает сохранность памяти о событиях жизни при выраженных затруднениях в обучении, при одновременной работе с несколькими источниками информации и при решении многоэтапных задач, требующих сохранности памяти о промежуточном результате деятельности. Интеллектуальная сфера также характеризуется нарушением обобщений в результате недооценки условий задания и принятия импульсивных решений. В отличие от болезни Альцгеймера и локальных поражений коры головного мозга не были характерны амнезия на текущие события, апраксия, агнозия и афазия.

В итоге можно заключить, что в настоящее время сложилось несоответствие терминологии, применяемой в неврологической и психиатрической практике по отношению к одной и той же патологии – когнитивным нарушениям, связанным с дисфункцией головного мозга и не достигшим степени выраженности деменции. В неврологической практике используется понятие синдром умеренных когнитивных расстройств в структуре основного нозологического диагноза (как перевод пришедшего из анголо-

язычной литературы mild cognitive impairment, MCI). Психиатром в этих же случаях устанавливается самостоятельный диагноз «Органическое легкое когнитивное расстройство» (код F06.7.) с использованием пятого знака для указания этиологии заболевания. При этом наблюдается несоответствие в обозначении степени выраженности, так как умеренное когнитивное расстройство в диагнозе невролога соответствует диагнозу психиатра «легкое когнитивное расстройство».

Таким образом, для практической деятельности необходим общепринятый диагностический алгоритм, позволяющий выявлять, классифицировать и назначать соответствующее лечение пациентам с когнитивными расстройствами на основании доказательных данных.

Список литературы

1. Бурчинский С.Г. Депрессивные расстройства в неврологической практике: возможности фитотерапевтической коррекции // *Нейронews*. - 2008. - № 4(09). - С. 3-6
2. Захаров В.В., Сосина В.Б. Возможности антигипоксантов в лечении хронических когнитивных нарушений у больных сахарным диабетом // *Лечащий врач*. – 2010. - № 3. – С. 12-15.
3. Мищенко Т.С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года // *Журн. Здоров'я України*. – 2010. – № 5. – С. 1213.
4. Мищенко, Т.С. Клинические шкалы и психодиагностические тесты в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова // *Новости медицины и фармации*. — 2009. № 277. - С. 62—74.

ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗА-Я У ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Козловская Г.Ю.

Ставропольская государственная медицинская академия,
г. Ставрополь, Россия

На современном этапе развития науки отмечаются тенденции общей гуманизации, доминирования личностно-ориентированного подхода к детям в процессе обучения и воспитания. Проблема образа-Я значима с позиций общей, специальной психологии и психологии здоровья. Образ Я как базовый компонент Я-концепции лежит в основе формирования самооценок и феномена самопринятия, изначально определяет субъективное восприятие внешних факторов и формы поведения личности. Адекватно сформированный, зрелый образ Я представляется как один из главных факторов становления субъектности личности, которая ведет к самореализации человека в жизни.

Рассмотрение психического здоровья с позиций динамической психиатрии позволяет трактовать его не просто как отсутствие психических отклонений и статически устойчивое хорошее самочувствие, а как «динамически и в виде процесса развивающееся событие» [2]. Быть здоровым обозначает быть способным к развитию и находиться в процессе развития, т.е. в движении по направлению к собственной Я-идентичности, проявляя при этом творческую, созидающую активность и способность гибко адаптироваться к динамично изменяющимся условиям социальной среды.

Подобного мнения о психическом здоровье придерживаются и такие авторитетные лица, как Т.Б. Дмитриева, утверждая, что оценка индивидуального психического здоровья непременно должна учитывать неповторимость и уникальность каждой конкретной личности и ее самоидентичность; Б.Д. Карвасарский (говоря об аутентичности личности) и другие [3].

Проблема образа Я применительно к детям с ограниченными возможностями здоровья видится еще более актуальной. При нормальном психическом развитии ребенка и благоприятных воспитательных воздействиях образ Я формируется стихийно. При аномальном психическом развитии (интеллектуальных и личностных нарушениях) и зачастую неадекватных воспитательных и коррекционных воздействиях стихийное формирование полноценного образа Я затруднительно, а чаще всего, невозможно. Следовательно, проблематично становление субъектности. Единой целью всех коррекционно-развивающих мероприятий с детьми и подростками с ограниченными возможностями являются адаптация их к жизни и интеграция в обществе, достичь которых без развития субъектности личности нельзя.

В специальной психологии выполнен ряд работ, посвященных исследованию проблемы самосознания детей с интеллектуальной недостаточностью (О.К. Агавелян, 1989; Э.Я. Альбрехт, 1976; А.И. Гаурилюс, 1995; А.И. Капустин, Н.В. Тарасенко, 1981; И.А. Коробейников, 1997; Н.Л. Коломенский, 1971; В.Г. Петрова, 1994; С.Я. Рубинштейн, 1979; В.С. Чудновский и др., 1993 и др.).

В работе А.И. Гаурилюс (1995) установлено, что самооценки детей с нарушениями интеллекта не связаны с содержательными представлениями о себе. Рассказы детей о себе сводятся к перечислению тех качеств и поступков, за которые их хвалят окружающие, а не ценных для них самих личностных особенностей. Их образ Я ситуативен и представляет собой линейную цепочку действий и ситуаций или же нечто аморфное, недифференцированное.

Н.А. Жулидова экспериментальным путем доказала, что по мере того, как происходит «выравнивание» школьников с задержкой психического развития и они становятся успевающими, их самооценка постепенно повышается. Без особого педагогического воздействия дети с задержкой психического развития имеют низкий уровень притязаний. В

массовой школе, на фоне более развитых и хорошо успевающих учащихся, вряд ли дети изучаемой категории могут обрести уверенность в своих силах. Для того чтобы повысить их самооценку и уровень притязаний, нужны специальные условия и благоприятная обстановка. Исходя из выше изложенного, можно предположить, что при неадекватной самооценке и уровне притязаний невозможно формирование адекватного образа «Я», значит, в целом, будет страдать развитие самосознания у детей с задержкой психического развития. Поэтому целенаправленное формирование образа «Я» предполагает формирование самооценки и уровня притязаний детей с задержкой психического развития [4].

В исследовании М.Е. Гуменюк (1998), посвященном проблеме самопринятия у младших подростков с ЗПР, параллельно рассматриваются вопросы особенностей образа Я. Наиболее распространенными в семантическом поле Я младших подростков с ЗПР оказались сведения формально-биографического характера, что, по мнению автора, является свидетельством недостаточной сформированности рефлексивного самосознания. На втором месте по распространенности находится тема интересов, увлечений, досуга. Сведения, отражающие эмоционально-личностное отношение к миру (тема отношений с окружающими людьми и самооценки), выражены незначительно. Автор делает вывод о том, что такая характеристика семантического пространства образа Я школьников определяется особенностями мышления детей с ЗПР: «Недостатки познавательной сферы школьников с ЗПР направляют их мысли о себе в русло социально усвоенных штампов».

Г.В. Грибанова (1986) установила, что уровень развития самосознания подростков с ЗПР повышается за счет развивающихся способностей к рефлексии, самоанализу, а также к самоконтролю по отношению к учебе и поведению. Достаточно адекватной становится самооценка, но она легко колеблется в зависимости от изменений ситуации. В то же время в эмоциональной и личностной сфере сохраняются проявления незрелости, которые определяют «выпадение» негативной подростковой фазы из развития этих подростков. Для этой категории учеников особо важным является фактор окружения и, несмотря на достаточные адаптивные возможности их поведения, для них необходима определенная поддержка.

Е.Г. Дзугкоева (1999) в своем исследовании приходит к выводу о том, что чем раньше аномальный ребенок попадает в условия специально организованного коррекционно-педагогического процесса, тем выше процент успеха, несмотря на неблагоприятные семейные условия. Анализ педагогической работы специальной и массовой школ показывает, что в развитии ребенка большую роль играет школьная микросреда.

М.Е. Гуменюк указывает, что самопринятие у данной категории школьников развивается преимущественно по механизму интериоризации социальных реакций, а не по механизму успешности в деятельности, что свойственно нормально развивающимся подросткам. Обучение в школе у детей с ЗПР, как правило, сопровождается трудностями в усвоении

программного материала и ощущением неудач в учебе. Переживание неуспеха в учебной деятельности приводит к затушевыванию в сознании подростков этой темы, к «отключению» в порядке самозащиты механизма развития самопринятия по пути осмысления успешности в деятельности. При этом самооценочные высказывания характеризуются у подростков с ЗПР односложностью и нераспространенностью. Самооценочная тематика недостаточно представлена у подростков с ЗПР, она не носит эмоционально-личностной окрашенности и передается преимущественно темами, отражающими констатирующие, безрефлексивные, анкетно - штамповые сведения о себе, что свидетельствует о низкой актуальности самооценки и периферийности положения самопринятия в семантическом пространстве их «образа Я».

И.А. Конева [2] провела сравнительный анализ особенностей образа Я у младших подростков с ЗПР, обучающихся в различных образовательных учреждениях. Так, подростки, обучающиеся в классах КРО массовой школы, продемонстрировали следующие особенности: низкую субъективную активность в плане самопознания, конструирование образа –Я преимущественно за счет усвоения объективных знаний о себе, возрастание субъективной значимости самопознания и повышение рефлексивных возможностей - подростки начинают чаще анализировать других, активно проводят анализ своих действий и поступков, начинают характеризовать свои предпочтения и желания. Наряду с этим подростки переживают период закрытости, затрудненности самопрезентации. Также кроме задержки по времени формирования, в образах Я подростков с ЗПР отмечаются качественные своеобразия (в образах Я не появляется временная перспектива; в 11-12 лет подростки склонны давать себе негативные характеристики, которые не компенсируются перечислением своих достоинств, или гиперкомпенсаторные характеристики, которые выступают как защита от фрустрирующей подростка ситуации в плане самовосприятия).

У младших подростков с ЗПР, обучающихся в специальной школе, И.А. Коневой были обнаружены другие отличительные особенности: постепенный рост рефлексивных возможностей младших подростков с ЗПР; рост субъективной значимости самопознания и актуальности конструируемого образа; высокая восприимчивость к характеристикам своего образа, даваемым окружающими; снижение осознания себя как части социума и как носителя определенной активности, что свидетельствует об их низкой социальной интегрированности; переживание кризиса самопознания и самопрезентации, возникающего из-за недостатков предшествующей коррекционно-развивающей работы. Однако кризис самовосприятия не является для подростков тупиковым, они не воспринимают свое положение как бесперспективное.

Таким образом, у подростков с задержкой психического развития отмечается искажение образа Я, что обусловлено тенденциями занижения

самооценки вследствие учебной неуспешности, трудностями и самопрезентации, низкой структурированностью образа Я.

Целенаправленное формирование способности к самопознанию у подростков с ЗПР нуждается в обеспечении определенных психологических условий и требует специального руководства деятельности самопознания со стороны взрослых. Формирование и развитие образа Я подростков с ЗПР может осуществляться путем развития у них способности к самопознанию в процессе специально организованных занятий, включая приемы и методы активного психологического воздействия.

Психолого-педагогическими условиями эффективности данных тренинговых занятий для детей с ЗПР являются доверительная, доброжелательная атмосфера в группе, умение ведущего показать подросткам, что общение является более успешным, если имеет под собой социально-одобряемые формы самоутверждения, создание мотивации для работы над выявленными собственными неуспешными паттернами поведения. Это предполагает индивидуально-личностный подход, основанный на данных психодиагностических и опросных форм исследования личности.

Список литературы

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Психическое здоровье россиян. // Человек, № 6, 2002 г.
2. Конева И.А. Особенности образа Я младших подростков с задержкой психического развития // Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция: учеб. пособие / под ред. У.В. Ульенковой. СПб.: Питер, 2007.
3. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. – М. - Изд-во Института психотерапии, 2001.
4. Познавательная деятельность детей с задержкой психического развития: Хрестоматия. - Москва - Сургут: РИО СурГПИ, 2003. - 154 с.
5. Чудновский В. С. и др. Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением. — Ставрополь, 1993.
6. Шевченко А.В. Образ “Я” и регуляция поведения у дошкольников с нарушениями интеллектуального развития // Трудности развития у детей: диагностика и коррекция: Материалы III межрегиональной конференции / Под ред. Е.Л. Инденбаум, Л.Ю. Долгих.– Иркутск: Изд-во Иркут. гос. пед. ун-та, 2006.

ДИХОТОМИЯ ДОВЕРИЯ И НЕДОВЕРИЯ В КОНТЕКСТЕ
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ
И БОЛЕЗНИ НА ПРИМЕРЕ ЛЮДЕЙ
С СОСТОЯНИЕМ ЗАВИСИМОСТИ

Копылова П. В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Применение дихотомической модели достаточно распространено в философских (М. Вебер), психологических (К. Юнг, Э. Фромм, А. Маслоу), социологических (Э. Дюркгейм) научных подходах и соответствует фундаментальному положению проблемы познания окружающего мира – каждое свойство имеет свою противоположность. Дихотомия понимается, как континуальное разделение на две противоположности, или же двоичное структурирование объекта и явления. Дихотомичность состояний доверия и зависимости не является очевидной, однако может быть теоретически обоснована в процессе теоретико-методологического анализа.

Психическая жизнь человека представляет целое, в котором научный анализ выделяет отдельные стороны, аспекты рассмотрения. Такими основными сторонами психической жизни являются психические процессы, отношения, состояния и свойства личности. Категорию отношений В.Н. Мясищев определяет как целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности (Мясищев В.Н.) [6].

Интегративная модель системы отношений человека представлена установочным, ценностным, регуляторным и интерактивным компонентами (Никишина В.Б.) В соответствии и установочным компонентом отношения человека дифференцируется на субъект-объектные (отношения к предметному миру) и субъект-субъектные (отношения к другим людям). Указанные два основных типа отношений (субъект-субъектные и субъект-объектные), в свою очередь, подразделяются на субъект-объектное отношение к вещам (S—o—O), субъект-объектное отношение к людям (S—o—P), субъект-субъектное отношение к вещам (S—s—O), субъект-субъектное отношение к людям (S—s—P) (Мясищев В.Н., Сарджвеладзе Н.И.) [6].

Рассматривая структуру неотделимых друг от друга понятий установки (аттитюда) и отношения, Сарджвеладзе Н.И. выделяет когнитивный, аффективный (эмоциональный) и конативный (поведенческий) компоненты. Когнитивный компонент включает в себя суждения оценочного характера, мнения об объектах. На основе этих мнений объектам приписываются качества полезности-вредности, желательности-нежелательности, приемлемости-неприемлемости и т. д. Когнитивный компонент опирается на процесс установления познавательных отношений, однако в этом случае имеются в виду не причинно-следственные отношения, а сопоставление и

соизмерение признаков объекта с целями человека, что характерно для ценностных суждений субъекта. Эмоциональный компонент включает в себя чувства относительно социального объекта: удовольствие – неудовольствие; симпатия – антипатия; любовь – ненависть и т. д. Конативный компонент – готовность к действию – включает в себя тенденции готовности к поведению относительно социальных объектов.

В рамках социально-психологического подхода ряд исследователей (И.В. Антоненко, А.Б. Купрейченко, Т.П. Скрипкина) рассматривают доверие, как феномен системы социальных отношений, в процессе которых доверие, с одной стороны, непрерывно развивается, с другой – влияет на все стороны этих отношений. И. В. Антоненко понимает под доверием психическое образование субъекта, выражающее его отношение к другому субъекту в виде прямой зависимости эквивалентного характера, обусловленной обладанием этим субъектом встречной позитивностью или негативностью. По мнению Т.П. Скрипкиной, определенная мера доверия в актах коммуникации позволяет совершить переход от субъект-объектного способа коммуникации к субъект-субъектному общению. Когнитивная активность при субъект-субъектных отношениях наполненных доверием характеризуется направленностью на понимание и принятие личности другого человека. Эмоциональный компонент таких отношений представлен эмпатией, сочувствием, сопереживанием, эмоциональный резонансом, сострадание и т. п. Поведение характеризуется готовностью к взаимодействию, оказанием помощи в случае затруднений. [3]

С точки зрения теории отношений, состояние зависимости может быть представлено в виде субъект-объектных отношений человека с объектом зависимости. На первое место здесь выступает эмоциональный компонент, представленный широким диапазоном амбивалентных реакций: удовольствие, неудовольствие; притягательность, отталкивание; удовлетворение, фрустрация и др. Содержание когнитивного компонента представлено осознанием потребности в объекте зависимости и способами удовлетворения этой потребности, что в свою очередь определяет характер поведения личности по отношению к объекту зависимости.

Таким образом, исследование зависимости и доверия в рамках теории отношений позволяет обнаружить непосредственную связь этих феноменов, как проявлений S-O (зависимость) и S-S (доверие) типов отношений, что позволяет нам рассматривать в настоящей работе доверие и зависимость как два полюса континуума.

Помимо представленной взаимосвязи доверия и зависимости через базисную категорию отношений, их дихотомия также может быть описана на уровне феноменологических проявлений исследуемых феноменов.

При состоянии зависимости сниженный уровень саморегуляции выступает в качестве общей особенности, свойственной для всех форм зависимого поведения. Lindberg в качестве характеристик зависимых личностей выделяет импульсивность, слабость волевых установок, легкую отвлекаемость, лабильность настроения, непреодолимое влечение к удовольствиям,

снижение уровня концентрации и устойчивости внимания, недостаточность усидчивости, тенденцию к непродуманным и своеобразным действиям. Менделевич В.Д. подчеркивает инфантилизм личностной организации зависимых людей, который, по его мнению, проявляется в нетерпеливости, неспособности «ждать и догонять», отсутствии выдержки. В исследованиях Э. Сэбшин и Э. Ханзян было экспериментально доказано снижение уровня аффективной саморегуляции у людей с состоянием зависимости. [2]

Взаимосвязь доверия и саморегуляции рассматривает Скрипкина Т.П. Являясь более ранним онтогенетическим образованием, доверие определяет диапазон и способы взаимодействия индивида с окружающим миром. С другой стороны, как утверждает Клочко В. Е. при достижении положительного результата деятельности и удовлетворении некоторой потребности, происходит автоматическое повышение уровня доверия к миру. [3]

Следующее проявление дихотомической модели состояний зависимости-доверия можно рассмотреть на примере феномена рефлексивности и смежного с ним понятия самосознания. Исследователи проблемы зависимости указывают на свойственный личности зависимого человека высокий уровень алекситимии, что проявляется в трудностях актуализации и номинализации эмоциональных переживаний (Кристалл, МакДугал, Вермсер). [2] Как обнаружили в своем исследовании Лисецкий К.Е. и Литягина Е.В., по мнению, большинства подростков, употребляющих ПАВ, наркотик настолько сильно обостряет субъективные телесные ощущения, что обычная ситуация (вне наркотического опьянения) воспринимается подростком как состояние «бестелесности». [4]

Доверие можно охарактеризовать, как рефлексивный феномен личности, позволяющий человеку занять определенную ценностную (пристрастную) позицию по отношению к самому себе и, исходя из этой позиции, строить собственную жизненную стратегию (Т.П. Скрипкина). [8]

Представители психодинамического подхода (Э. Сэбшин, Найт и др.) выделяют пассивность, как одну из основных личностных черт зависимых людей, что является следствием фиксации на оральной стадии. [2] Доверие к себе, с точки зрения Т.П. Скрипкиной, можно считать условием существования личности как автономного суверенного субъекта активности, способного к самостоятельной постановке целей. Мера соотношения доверия к себе и к миру лежит в основе регуляции активности человека. [6]

В исследованиях В. Менделевича было выявлена характерная для людей с состоянием зависимости прогностическая некомпетентность, под которой автор понимает затруднение способности предвосхищать будущее, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции и поступки. [5] Т.П. Скрипкина при рассмотрении феноменологии доверия к миру и к себе ссылается на концепцию здоровой личности Б.С. Братуся. Как черты здоровой личности Б.С. Братусь выделяет возможность самопроектирования будущего и веру в осуществимость намеченного. [1] В теории Петровского В.А. принцип самополагания и целеполагания рассматривается, как

возможность положиться на себя, довериться себе, что связано с осознанием собственных возможностей в достижении целей. [3]

Рядом исследователей, как общая черта состояния зависимости, выделяется ригидность психической деятельности, проявляющаяся в моновариантности форм поведения (В. Менделевич, А. А. Ткаченко, П. Д. Шабаков, О. Ю. Штакельберг, А.О. Бухановский, и др.). [7] Что касается феномена доверия, то В.Е. Ключко в своей теории об эмоционально-установочных комплексах, указывает на то, что «...стратегии поведения определяются уровнем или степенью доверия к себе» и «...можно образно сказать, что человек настолько доверяет себе, насколько он способен "выйти за пределы" своего прошлого опыта, не входя в противоречие с собой, со своими внутренними ценностями и смыслами». [8]

В психодинамическом подходе существует тенденция рассматривать зависимость как адаптивное поведение, способ справиться с негативными переживаниями, ведущим из которых является чувство тревоги (С. Даулинг). [2] Зависимого человека тревожит и волнует возможность остаться в одиночестве, не справиться с жизненными сложностями (В. Менделевич). [5] В исследовании когнитивной сферы зависимых подростков Лисецкого К. Е., Литягиной Е. В. были выявлены представления подростков о себе как слабых, неуверенных, неспособных (на фоне восприятия других как сильных и влиятельных). [4] Зависимость обеспечивает подростку чувство безопасности, защищенности и уверенности. Феноменологические проявления доверия противоположны состоянию тревоги. По Э. Эриксону, доверие формируется из органической связи ребенка с матерью, а первый индикатор возникновения личностного качества доверия - готовность ребенка без особой тревоги переносить исчезновение матери из поля зрения. Доверие можно определить, как способность человека наделять явления и объекты окружающего мира, а также других людей, их возможные будущие действия и собственные предполагаемые действия свойствами безопасности (надежности) и ситуативной полезности. (Т.П. Скрипкина). [8]

В исследованиях А.Е. Личко (1983) при использовании патохарактерологического диагностического опросника у подростков употребляющих ПАВ были обнаружены явления психического инфантилизма, по большей части проявляющегося в снижении чувства ответственности, долга. [5] Что же касается доверия, то, по мнению Дж. Ленарда, доверие к себе базируется на личной ответственности за все произошедшее в собственной жизни.

Особенностью самооценки и уровня притязаний при состоянии зависимости является их неадекватность по отношению к возможностям личности зависимого человека (Л. Версмер). По мнению исследователей, для людей с состоянием зависимости характерна сниженная самооценка (Э. Сэбшин), при этом объект зависимости используется ими, как способ поддержания самооценки (Х. Кохута). [2] Феноменологически доверие к себе и к миру проявляется в поступках человека, прежде всего в тех, которые соответствуют ценностным представлениям человека о себе и не вступают с ними в противоречие. Таким образом, неадекватные самооценка и

уровень притязаний при состоянии зависимости дихотомически соответствуют таким феноменам доверия, как адекватный уровень притязаний и самооценка. [8]

Дихотомия состояний зависимости и доверия объясняется с точки зрения теории отношения: зависимость и доверие могут быть рассмотрены, как формы субъект-объектного и субъект-субъектного типов отношений соответственно.

Таким образом, частные проявления состояний зависимости и доверия вписываются в дихотомическую модель исследуемых явлений, и могут быть представлены в виде пар таких противоположных феноменов, как – низкий уровень саморегуляции и высокий уровень саморегуляции; сниженная способность к рефлексии и развитая способность к рефлексии; низкий уровень активности и высокий уровень активности; нарушенная способность к прогнозированию и достаточная способность к прогнозированию; ригидность форм поведения и вариабельность форм поведения; восприятие окружающего мира как небезопасного и приписывание миру черт безопасности и надежности; сниженное чувство ответственности и развитое чувство ответственности.

Список литературы

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. - М. - 1990 - С. 47-50.
2. Даулинг С. Психология и лечение зависимого поведения. – М.: Независимая фирма «Класс»,. 2000.
3. Купрейченко А. Б. Психология доверия и недоверия. Изд.: ИП РАН, 2008.
4. Лисецкий К. С., Литягина Е. В. Психология и профилактика наркотической зависимости. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2008.
5. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства. – М.: 2001 – С. 132-155.
6. Мясищев В. Н. Психология отношений. - Воронеж : 2004 - С. 151.
7. Погосов А.В. Проблемы наркологии. Курс лекций. - Курск - 2005 .
8. Скрипкина Т.П. Психология доверия. Учеб.пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр "Академия", 2000.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СИСТЕМЫ НА МЕНТАЛЬНУЮ РЕНПРЕЗЕНТАЦИЮ СЕМЬИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Коростелёва О.Е.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия.

Парадигма ментальных репрезентаций позволяет обсудить организацию и содержание вербальных и образных представлений человека. Этой проблемой занимались А.В. Брушлинский, Е.С. Кубрякова, В.З. Демьянков, Т.А. Ребеко, М.А. Холодная и др.

М.А. Холодная: ментальная репрезентация - это актуальный умственный образ того или иного конкретного события (то есть субъективная форма «видения» происходящего). Вслед за М.А. Холодной, под ментальными репрезентациями мы понимаем актуальный умственный образ того или иного явления, то есть субъективную форму «видения» происходящего. Ментальные репрезентации являются оперативной формой ментального опыта, они изменяются по мере изменения ситуации и интеллектуальных усилий субъекта, являясь специализированной и детализированной умственной картиной события. В отечественной психологии ментальная репрезентация изучается, прежде всего, как результат отображения, система сложившихся представлений, субъективное описание имеющегося опыта. Взгляд на ментальные репрезентации в таком ракурсе близок позициям психосемантического подхода, в рамках которого личность рассматривается как носитель сложной картины мира, которая включает представления о внешних объектах и психических явлениях.

Знания и репрезентация играют разную роль в организации интеллектуального отражения.

Два базовых требования к ментальной репрезентации:

во-первых, это всегда порожденная самим субъектом ментальная конструкция, формирующаяся на основе внешнего контекста (поступающей извне информации) и внутреннего контекста (наличной у субъекта информации) за счет включения механизмов реорганизации опыта: категоризации, дифференциации, трансформации, предвосхищения, перевода информации из одной модальности опыта в другую, ее селекции и т.д.;

во-вторых, это всегда в той или иной мере инвариантное воспроизведение объективных закономерностей отображаемого фрагмента реального мира. Речь идет о построении именно объективированных репрезентаций, отличающихся своей объектной направленностью и подчиненностью логики самого объекта. Иными словами, интеллект - это уникальный психический механизм, который позволяет человеку увидеть мир таким, каков он есть в своей действительности. Правда, кто-то смотрит на этот мир через узкую щель, кто-то - через раскрытое настежь окно, кто-то видит мир широко и ясно до самого горизонта, наконец, кто-то может увидеть даже то, что находится за горизонтом.

Рассмотрим особенности формирования ментальной репрезентации у младших школьников. Младший школьный возраст - это период в жизни ребёнка с шести до десяти лет, когда он проходит обучение в начальных классах. В этот период учение является основным видом деятельности, в которой формируется человек.

Поступивший в школу ребенок автоматически занимает совершенно новое место в системе отношений людей: у него появляются постоянные обязанности, связанные с учебной деятельностью. В начальных классах дети приступают к познанию начала наук. На данном этапе преимущественно развивается интеллектуально-познавательная сфера психики. На этом этапе появляется много психических новообразований, совершенствуются и развиваются старые. Школьный период характеризуется интенсивным развитием познавательных функций, сенсорно-перцептивных, мыслительных, мнемических и др.

Обычно ученик начальной школы с охотой идёт в это учебное заведение. Для учащихся первых - третьих классов характерным является стремление к положению школьника. С момента поступления в школу центральное место - социальный мотив - стремление к новой социальной позиции школьника. В первые дни учёбы в школе большое значение имеет опыт, приобретённый ребёнком дома. Раньше маленький дошкольник был единственным и уникальным существом, но с поступлением в школу, он попадает в среду, где вокруг него такие же "уникальные и единственные". Кроме необходимости приспособиться к ритму школьной жизни и новым требованиям, осваивать пространство школы, овладеть способами самоорганизации и организации своего времени младший школьник должен учиться взаимодействовать с одноклассниками. Но главная задача младшего школьника заключается в успешном обучении в школе.

Также важно отметить, что на этапе младшего школьного возраста ребёнок переживает так называемый кризис семи лет. У ребёнка изменяются восприятие своего места в системе отношений. Кризис требует перехода к новой социальной ситуации, требует нового содержания отношений. Ребенок должен вступить в отношения с обществом как с совокупностью людей, осуществляющих обязательную, общественно необходимую и общественно полезную деятельность.

Ребёнок приобретает новую социальную позицию школьника, которая непосредственно связана с учебной деятельностью. Этот процесс коренным образом меняет его самосознание, что приводит к переоценке ценностей. Учёба приобретает громадное значение для школьника, поэтому, например, цепь неудач ребёнка в этой ведущей на данном этапе деятельности может привести к формированию устойчивых комплексов или даже синдрому хронической неуспеваемости. Благодаря учебной деятельности рамки восприятия ребёнком окружающего мира расширяются.

Эмоциональное развитие не происходит стихийно, а осуществляется на основе целенаправленного воспитания. Подчеркивается огромная роль в воспитании чувств авторитетного для ребенка взрослого.

Его взаимоотношения с окружающими, его поведение, аффективные реакции на происходящее задают ребенку эталон не только способов действия, но и эмоционального отношения к людям, служат образцом для аффективного подражания.

Уровень самооценки и эмоционального состояния ребенка значительно зависит от домашней обстановки в семье. Дети с пониженной самооценкой чаще всего встречаются в распавшихся семьях или там где родители живут в разладе. В таких семьях родители мало знают о своих детях, их интересах, нет никакой системы правил, норм, определяющих жизнь семьи в целом и ребенка в частности. Видимая "свобода" оказывается, в сущности, бесконтрольностью, результатом безразличного отношения к ребенку. Ребенок чувствует себя неудобно. Он избегает общения с родителями. В семьях со здоровым психологическим климатом, где наблюдается бережное, уважительное отношение родителей и личности ребенка, дети оказались с нормальной самооценкой.

Однако к 12-13 годам у ребенка складывается новое представление о самом себе, когда самооценка утрачивает зависимость от ситуаций успеха-неуспеха, а приобретает стабильный характер. Самооценка теперь выражает отношение, в котором образ самого себя относится к идеальному Я.

Моральные понятия и нравственные чувства младших школьников от первого к третьему классу заметно обогащаются, становятся более четкими, определенными. У первоклассников они обычно основаны на опыте собственного поведения и поведения близких, на конкретных указаниях и разъяснениях учителей и родителей. У второклассников и третьеклассников, помимо этого, прослеживается значительно большее влияние художественной литературы, кино, телевидения и просто восприятия и анализа окружающей социальной действительности.

Таким образом, с поступлением в школу резко меняется эмоциональная сфера ребёнка. Проявляется чувствительность к страхам, возникает стыд за плохие отметки в школе, развиваются положительные эмоции (радость) в игре, в общении со сверстниками, формируется интерес в процессе изучения предметов. Меняется уклад жизни ребёнка, изменяются его отношения со взрослыми и сверстниками, в нём укрепляется сознание нового положения школьника.

Семья — это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом. Семья — это “живой организм, напоминающий скорее пламя, чем кристалл”. Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система это самоорганизующаяся система, то есть поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой. Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов. Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Ясно, что объектом психотерапевтического

воздействия является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы. Рассмотрим границы семейной системы. Термин граница используется в описании взаимоотношений между семьей и социальным окружением, а также между различными подсистемами внутри семьи (индивидами, диадами, триадами). Семейные терапевты рассматривают развитие границ как один из важных параметров эволюции семейных структур. Границы определяют структуру семьи и, соответственно, содержание её жизни. Границы системы или подсистемы представляют собой правила, определяющие кто и как участвует во взаимодействии. Каждая семья вырабатывает свои собственные правила, а границы имеют неодинаковую гибкости и проницаемость. В целом, все семьи можно было расположить на шкале, на одном полюсе которой были бы семьи с чересчур ригидными, негибкими границами, а на другом - семьи с чересчур проницаемыми границами. В промежутки расположились бы различные вариации. Внешние границы - это границы между семьей и расширенной системой. Они проявляются в разнице правил, по которым члены семьи ведут себя по-разному друг с другом и с внешним окружением. Например, насколько различается манера супругов общаться друг с другом и со своими друзьями. Если общение с друзьями для супругов более важно, нежели друг с другом, если в любое время дня и ночи в квартире живут друзья, и между ними и членами семьи не делается различий, то это свидетельствует о проницаемых, диффузных внешних границах семьи. Если же для членов семьи более всего на свете важна лояльность семейным правилам, если с друзьями отношения поддерживаются только в "плановом порядке", а хорошим тоном считается, если друзья заблаговременно предупредят о своём визите, то мы имеем дело с закрытыми внешними границами. Дисфункциональными будут крайние варианты: когда границы или слишком жесткие, ригидные, или слишком размытые, проницаемые. Если внешние границы слишком ригидные, жесткие, то между семьей и окружением происходит мало обменов, наступает застой в системе и у семьи могут быть проблемы адаптации к новой ситуации. Если границы слишком слабые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой. Члены семьи мало контактируют друг с другом. В этом случае семья становится похожа на постояльцев гостиницы, живущих вместе под одной крышей. Внутренние границы - это границы между различными подсистемами, определяются тем, насколько отличаются правила взаимодействия в этих подсистемах. Например, супруги могут немедленно прекратить свой спор, когда в него вмешивается ребёнок и начать заниматься ребёнком. Или они могут предложить ребёнку не вмешиваться в их разговор. В первом случае мы имеем дело с проницаемыми границами супружеской подсистемы. Если внутренние границы между родительской и детской подсистемами слишком жесткие, то родители производят впечатление сконцентрированных только на себе. Если границы слишком слабые, то родителям может не хватать интимности, они могут функционировать только в родительских ролях, теряя супружеские отношения. Из теории систем следует, что если

внешние границы системы диффузны и проницаемы, то внутренние границы жёсткие и ригидные. Для подобной семьи будет характерно: сосредоточение интересов членов семьи за её пределами, отсутствие лояльности (или небольшая её степень) семейным правилам, небольшое количество контактов членов семьи друг с другом и отсутствие близости между членами семьи. Семья представляет из себя группу автономных индивидов. Их автономия сочетается с отсутствием взаимной поддержки. Если внешние границы системы жёсткие и ригидные, то внутренние границы диффузны и проницаемы. В такой системе будет мало обменов с внешней средой. Сверхпроницаемость же внутренних границ будет выражаться в том, что члены семьи слишком "слиты", утратили собственную автономию и не отвечают за свои поступки. Итак, границы адекватно функционирующей семьи хорошо определены и достаточно гибки, чтобы семья могла успешно выполнять функции, соответствующие стадии жизненного цикла. Еще одна характеристика семейной системы - сплочённость. Сплоченность - степень эмоциональной близости между членами семьи. В отношении семейных систем это понятие используется для описания степени, до которой члены семьи видят себя как связанное целое. Для диагностики семейной сплочённости используются следующие показатели: эмоциональная связь между членами семьи, организация семейных границ, лояльность семейным правилам, зависимость членов семьи друг от друга, стиль принятия решений по семейным вопросам, время, проводимое членами семьи вместе, отношения с друзьями, совместные интересы и отдых.

В младшем школьном возрасте большую роль играет эмоциональный компонент. Ребенок воспринимает окружающий мир посредством эмоции через призму своей семьи. На ментальную репрезентацию влияют не только такие характеристики как границы и сплоченность семейной системы, но и стили общения, состав семьи. В это время ребенок, посещающий начальную школу, психологически переходит в новую систему отношений с окружающими его людьми. Живя среди тех же близких он начинает чувствовать, что его жизнь изменилась – на него легли обязательства. Семья начинает по-новому контролировать ребенка в связи с необходимостью учиться в школе, выполнять домашние задания, строго организовать режим дня. Характер адаптации к условиям жизни в младшем школьном возрасте и отношение к ребенку со стороны семьи определяют состояние и развитие его чувства личности. В условиях чувствительной к изменению социального статуса ребенка семьи ребенок обретает новое место и внутри семейных отношений: он ученик, он ответственный человек, с ним советуются, с ним считаются.

Список литературы

1. Ефимкина Р.П. Детская психология. - Новосибирск, 1995
2. Мухина В.С.. Возрастная психология. - М., 2000.
3. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. – М., 1995.

4. Черников А.В. Системная семейная терапия. М., 2001
5. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. - СПб., 2004

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО
ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
И КОРРЕКЦИЯ

Коростий В.И.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Данные о распространенности психосоматических нарушений в в их классическом понимании, таких как бронхиальная астма, язвенная болезнь, артериальная гипертензия свидетельствуют, что их частота колеблется от 15 до 50%. Значительная часть этих больных имеют психические расстройства эмоциональной сферы непсихотического уровня, при этом по данным ряда авторов отдельные симптомы психических нарушений встречаются практически у всех пациентов с психосоматическими заболеваниями. В лечении таких больных необходимо учитывать существенную роль психологических и психопатологических факторов [1, 2, 4, 8].

Тенденция к хроническому течению психосоматических расстройств, существенное снижение качества жизни больных повышают актуальность поиска эффективных методов лечения, профилактики и реабилитации пациентов именно молодого возраста [3, 5, 7].

Цель проведенного исследования разработать принципы дифференцированной терапии эмоциональных психических расстройств и психологической коррекции психологического состояния при психосоматических заболеваниях у молодых лиц на основе комплексного изучения их клинико-психопатологических и психологических особенностей.

В ходе работы в период с 2004 по 2009 годы в Областной студенческой больнице г. Харькова обследовано 956 молодых лиц с психосоматическими заболеваниями. В исследование включены 520 пациентов (188 больных с бронхиальной астмой, 162 – с язвенной болезнью, 160 – с артериальной гипертензией). Для решения поставленных задач использованы следующие методы: клинико-анамнестический; клинико-психопатологический; психодиагностический – шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, катамнестический – катамнестическое наблюдение в течение не менее 1 года.

При клиническом и психодиагностическом обследовании у 97% больных всех нозологических групп выявлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений. Из них только у 38% установлено диагноз психического расстройства в соответствии с диа-

гностическими критериями МКБ-10: невротическими, невротоподобными и личностными расстройствами.

Для квалификации состояния пациентов с субсиндромальными проявлениями (жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений, которые не достигали степени выраженности, соответствующей диагностическим критериям соответствующих рубрик МКБ, мы использовали категорию F54. Она используется для указания на эмоциональное происхождение физических расстройств, классифицированных в других разделах МКБ-10. У обследованных пациентов устанавливался двойной диагноз, так как для регистрации соматического расстройства использовался дополнительный код, например при астме (F54 плюс J45.-); при язве желудка (F54 плюс K25.-). Такие пациенты составили 59% от общего числа обследованных. Указанные психические нарушения являются легкими и сами по себе они не оправдывают использование какой-либо из других диагностических категорий, однако часто являлись пролонгированными и предшествовали обострению соматического заболевания.

Среди выявленных нозологически очерченных психических расстройств удельный вес невротических, связанных со стрессом расстройств составил - 43,5% (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство), аффективных - 24,1% (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), личностных - 19,7% (зависимое, истерическое расстройство личности), органических - 12,7% (органическое астеническое) расстройств. Как видно из полученных данных, у пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями преобладают функционально-динамические психические расстройства невротического регистра над органическими невротоподобными расстройствами.

Таким образом, эмоциональные расстройства тревожно-депрессивного спектра преобладали среди других психических расстройств у больных с психосоматическими заболеваниями и в среднем наблюдались в 67,6% случаев. У больных с бронхиальной астмой и артериальной гипертензией преобладают тревожные расстройства, а у больных с язвенной болезнью – депрессивные. Достоверные различия выявлены по частоте генерализованного тревожного расстройства, агорафобии, депрессивных реакций ($p < 0,01$).

Основой терапевтической тактики при эмоциональных расстройствах у пациентов с психосоматическими заболеваниями являлось комплексное биологическое и социореабилитационное воздействие, в котором ведущую роль занимала психотерапия. Проведение психотерапии у пациентов с диагнозом F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» наиболее целесообразно медицинским психологом. Патогенетическое понимание сущности психосоматических расстройств дает возможность проведения превентивных, реадаптационных и ресоциализаци-

онных мероприятий, направленных на укрепление, усиление слабых звеньев патогенеза, коррекцию и предупреждение патологических срывов адаптации. Все лечебные и психотерапевтические мероприятия проводились с учетом личностной структуры и варианта клинической динамики.

При катamnестическом исследовании через 12 месяцев в основной подгруппе отмечено достоверное улучшение показателей по шкале HDRS до уровня нормы (с $22,5 \pm 0,8$ до $12,6 \pm 0,6$) ($p < 0,01$), за исключением пункта «суточные колебания». В группе сравнения динамика по рассматриваемым параметрам отличалась от основной подгруппы. Отмечено статистически незначимое изменение суммарного балла по шкале HDRS в сторону улучшения (с $21,3 \pm 2,7$ до $19,5 \pm 1,6$) ($p > 0,05$) за счет уменьшения по пунктам «соматическая тревога» (с $1,6 \pm 0,4$ до $0,9 \pm 0,2$) ($p < 0,05$), «желудочно-кишечные симптомы» (с $0,8 \pm 0,4$ до $0,4 \pm 0,2$), «соматические симптомы» (с $1,3 \pm 0,4$ до $0,9 \pm 0,1$), «заторможенность» (с $0,8 \pm 0,4$ до $0,4 \pm 0,2$) ($p < 0,05$). По всем остальным пунктам общий балл сохраняется на прежнем уровне либо увеличивается. В целом положительная динамика у пациентов, прошедших психореабилитационный курс, рассчитанный на 6 месяцев, отмечена в 77,8% ($p < 0,01$), из них в 32,2% наблюдалось отчетливое улучшение с полным купированием психопатологической симптоматики. В группе сравнения стабильная положительная динамика наблюдалась в 24,2%.

Выводы.

1. У большинства (97%) пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями выявлено сочетание в клинической картине заболевания соматических симптомов с жалобами на эмоциональное состояние и симптомами психических нарушений различной степени выраженности. Из них только у 38% установлено диагноз психического расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: невротическими, неврозоподобными или личностными расстройствами. У 59% от общего числа обследованных выявлены жалобы и симптомы, соответствующие категории F54 МКБ-10. Она используется для указания на эмоциональное происхождение физических расстройств, классифицированных в других разделах МКБ-10.

2. В структуре эмоциональных расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных с бронхиальной астмой и артериальной гипертензией преобладают тревожные расстройства, а у больных с язвенной болезнью – депрессивные. Достоверные различия выявлены по частоте генерализованного тревожного расстройства, агорафобии, депрессивных реакций.

4. Результаты клинико-катamnестического наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности разработанных лечебно-реабилитационных программ. В целом положительная динамика у пациентов, прошедших психореабилитационный курс, рассчитанный на 6 месяцев, отмечена в 77,8%, из них в 32,2% наблюдалось отчетливое улучшение с полным купированием психопатологической симптоматики с достоверным отличием от группы сравнения.

Список литературы

1. Гавенко В.Л., Коростий В.И. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями./ Экспериментальна і клінічна медицина. – Харків: ХДМУ, 2007. - № 3. – С. 122-124.
2. Кожина Г. М. Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи (клініка, механізми формування, корекція, профілактика): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.16 “Психіатрія” / Г.М. Кожина. — Х., 2006. — 32 с.
3. Кошелев В. В. Система медицинской реабилитации пациентов при состояниях психической дезадаптации с преобладанием астенических нарушений на основе комплексного этапного применения восстановительных технологий: дис. доктора мед. наук : спец. 14.00.51 “Восстановительная медицина, курортология и физиотерапия” / Кошелев Всеволод Владимирович. – Москва, 2009.- 192 с.: ил.
4. Марута Н.А. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) / Н.А. Марута, Е.Е. Семикина // Украинский вестник психоневрологии. – 2007. – Т. 15, вып. 2 (51). – С. 15–18.
5. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, И.Н. Сарвир // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 4(14). – С. 35–38.
6. Насыбулина Н.М. Психологические аспекты заболевания [Электронный ресурс] / Н.М. Насыбулина // Consilium Provisorum. – 2006. – Т.4, № 5. – Режим доступа к журн.: <http://www.concilium-medicum.com/provisorum/article/9426/>
7. Смулевич А.Б. Новый подход к терапии неврастении и соматогенной астении (результаты многоцентрового исследования эффективности и безопасности Ладастена) [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич, А.В. Андрющенко, Д.А. Бескова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 1. – С. 35. – Режим доступа: <http://www.concilium-medicum.com/psychiatry/article/17772/>
8. Jessop D.C., Rutter D.R., Sharma D., Albery LP. Emotion and adherence to treatment in people with asthma: an application of the emotional stroop paradigm. Br.J.Psychol. 2004, 95(Pt2): 127-47.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА (ДЦП): ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Котова Д.В.

Областное казенное учреждение социального обслуживания Курской области «Областной медико-социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского» г. Курск, Россия

Детский церебральный паралич (ДЦП) (G80-G83 МКБ-10) – группа двигательных нарушений, возникающих вследствие аномалий развития ЦНС, пери- и постнатального непрогрессирующего поражения головного мозга. ДЦП развивается до 5 лет жизни и характеризуется нарушением произвольной двигательной активности.

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований; наличием произвольных беспорядочных движений в мускулатуре лица, шеи, нижних отделов конечностей. Психическое развитие страдает в этом случае меньше, чем при других формах ДЦП, интеллект сохранен.

Симптоматика гиперкинетического расстройства поведения у подростков с ДЦП проявляется в индивидуальных способах регулирования, в различных видах психической активности, системно характеризующих стиль саморегуляции и копинг-механизмах в сложных стрессовых условиях, в качестве которых выступает заболевание.

В силу универсальности функциональной структуры регуляции для самых разных видов психической активности и деятельности в стиле саморегуляции проявляется общая регуляторная основа индивидуальности. Она, как показывают исследования, является предпосылкой формирования конкретных стилей деятельности в различных ее видах. Представления об индивидуальных и стилевых особенностях саморегуляции разработаны для изучения типичных для него индивидуальных способов регулирования, устойчиво проявляющихся в различных видах психической активности, системно характеризующих стиль саморегуляции (В.И. Моросанова, 1988-2001, 2007).

Анализ проблемы стилевых проявлений психики человека показал актуальность исследования регулирующей роли стилевых структур в произвольной активности человека. В то же время в конкретных исследованиях индивидуального стиля рассматриваются не индивидуальные процессы психической саморегуляции, а ее результат в форме индивидуально своеобразных паттернов различных форм активности.

Особый интерес представляет диагностика стиля саморегуляции поведения у детей, страдающих ДЦП.

Исследования копинг-поведения (совладающего) направлены на понимание роли, характера действия и влияния копинг-механизмов и копинг-ресурсов на адаптацию человека в сложных стрессовых условиях, в качестве которых могут выступать заболевания [Волкова Н.В., 2004]. Вопрос

об эффективности копинга напрямую связан с понятием копинг-стратегий. Копинг-стратегии – это те приемы и способы, с помощью которых и происходит процесс совладания.

Копинг-стратегия трактуется как осознанный прием психической регуляции, как активная стратегия поведения, направленная на изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей (Л.И. Анцыферова, Т.Ю. Бильгильдеева, Т.П. Крюкова, Р. Лазарус, С.К. Нартова-Бочавер, И.Г. Сизова, Н.А. Сирота, С.И. Филиппченкова, С. Фолкман и др.). Копинг-стратегия может выбираться, изменяться, регулироваться индивидом. Исследователи отмечают, что копинг-стратегии являются адаптационным механизмом, обеспечивающим продуктивное взаимодействие личности и среды и, в конечном счете, – ее самосовершенствование и самореализацию в социуме (К.А. Абульханова-Славская, Г.А. Балл, А.А. Началджян, Д.Б. Парыгин, А.А. Реан).

В этой связи копинг-стратегии все чаще начинают изучаться в контексте проблемы «адаптации к жизни» (Л.И. Анцыферова, К.А. Абульханова-Славская, А.А. Кроник), нередко связываются с изучением индивидуальных способов, стилей и стратегий поведения, используемых личностью как в сложных, так и в типичных жизненных условиях (Дж. Аверил, Г. Вейлент, Л.Я. Дорфман, Ф.Ливсон, В.И. Моросанова, П. Петерсон, С. Ричард, И.Г. Сизова, И.П. Стрельцова, С.И. Филиппченкова, М. Хорович и др.).

Копинг – это многомерный процесс когнитивных и бихевиоральных стратегий, которые используют люди для управления требованиями в специфических стрессовых ситуациях.

Ряд исследований направлен на количественные и качественные измерения механизмов совладающего поведения. Вместе с тем, в существующей литературе недостаточно монографических научных работ, в которых копинг-поведение изучалось бы одновременно в различных плоскостях (клинико-биологической, психологической и социальной).

Экспериментально-психологические исследования выявляют преобладание в мотивационной сфере ребенка с ЦП мотива подчинения взрослому, что оказывает тормозящее влияние на формирование собственных активных личностных установок. Проявляется отчетливая тенденция к формированию низкого уровня притязаний, сочетающегося с избирательно завышенной самооценкой в отношении здоровья (90% из них отнесли себя к здоровым), что, по-видимому, является защитным механизмом, амортизирующим чувство собственной неполноценности.

При ДЦП двигательная недостаточность с рядом сопутствующих факторов может приводить к формированию патологических свойств личности по дефицитарному типу; на грубую органическую патологию неизбежно наслаиваются воздействие социальных факторов, оказывающих психотравмирующее действие; к ним относятся: 1) переживание недоброжелательного отношения сверстников, чрезмерного внимания окружающих; 2) явления госпитализма, т.к. больные часто находятся в больницах и

санаториях длительный период; 3) разлука с матерью или неполная семья (отцы в 25% случаев оставляют семьи); 4) психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимостью длительной реабилитации; 5) затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений; 6) сенсорная депривация при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха; 7) неправильное воспитание по типу гиперопеки (приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости).

В связи с переживанием чувства неполноценности у ребенка возникают психогенные реакции, которые в случае гиперкомпенсации формируются в двух направлениях: пассивно-оборонительном и агрессивно-защитном.

Как показали комплексные психологические обследования состояния и динамики характера социальной адаптации, уровня интеллектуального развития и особенностей основных высших психических функций у больных с различными клиническими формами ДЦП [Бронников В.А., 2010, 11-27 и др.], под воздействием системы интенсивной нейрофизиологической реабилитации у большинства из них происходит значительное улучшение психического статуса.

Проведенные комплексные медико-психологические исследования динамики состояния психических функций у подростков с ДЦП доказывают, что выраженные двигательные расстройства способствуют формированию у детей негативных черт характера, а также сохранению черт, не свойственных данному возрасту и характерных для предыдущего этапа развития [Климова Е.В., 2011 и др.]. Так, для детей с ДЦП свойственны: непосредственность, склонность к фантазированию и мечтательности, преобладание в деятельности мотивов удовольствия, недостаточная активность, нерешительность, наличие страхов, склонность к быстрой смене настроения. Недостаточность коммуникативных связей с окружающим, иногда невозможность игры и систематического обучения, поведение родителей, чрезмерно опекающих или, наоборот, чересчур требовательных к своему ребенку, могут развить в одних случаях пассивность, неумение преодолеть трудности, в других – реакцию протеста, негативизм, упрямство.

Подростки с ДЦП осознают свою уникальность, непохожесть на других, что ведет к возникновению острого чувства неполноценности, одиночества, дисгармоничных отношений с родителями и сверстниками.

Целью настоящего исследования является изучение особенностей стилей саморегуляции и копинг-стратегий у подростков с гиперкинетическим вариантом детского церебрального паралича (ДЦП).

Цель и задачи исследования определили использование следующих методов исследования: 1) теоретических – анализ, синтез, сравнительно-сопоставительный метод и обобщение научно-методической литературы по проблеме исследования; методы сбора эмпирической информации (бе-

седа; тест измерения уровня интеллектуального развития по шкале интеллекта Д. Векслера – Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS); опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) В.И. Моросановой; методика «Определение индивидуальных копинг-стратегий» Э. Хайма); методы обработки полученных данных (специальные методы математической статистики STATISTICA 6.0).

Эмпирическая база исследования: 1 группа из 30 человек – подростков, находящихся на реабилитации в Государственном учреждении социального обслуживания населения «Областной медико-социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского» г. Курска с диагнозом – детский церебральный паралич (ДЦП), гиперкинетический вариант; 2 группа из 30 человек – подростков – учеников МОУ средней общеобразовательной школы № 55 г. Курска. Социально-демографические характеристики: подростки в возрасте 13-16 лет, социальное положение семьи не бралось во внимание. Общий объем выборки – 60 человек. Продолжительность исследования – 2009-2010 гг.

На основании полученных результатов исследования можно сделать следующие выводы:

1. Уровень развития общего (119,4333), вербального (109,1667) и невербального (115,0000) интеллекта, частных интеллектуальных способностей; уровень сохранности интеллекта у подростков с гиперкинетической формой ДЦП соответствует норме, что позволило проводить дальнейшее исследование их психологических особенностей.

2. Стилевые особенности регуляции поведения у подростков с гиперкинетическим вариантом ДЦП характеризуются: низкими показателями по шкалам «Планирование», «Моделирование», «Программирование», «Оценивание результатов», «Гибкость», «Самостоятельность», «Общий уровень саморегуляции». Это свидетельствует о слабо развитой потребности в планировании, низкой сформированности процессов моделирования, невозможности самостоятельно сформировать программу действий, неспособности адекватно реагировать на ситуацию, быстро и своевременно планировать деятельность и поведение у подростков с гиперкинетическим вариантом ДЦП. Они зависимы от мнений и оценок окружающих.

3. У подростков с гиперкинетическим вариантом ДЦП преобладают непродуктивные копинг-стратегии, которые, способствует усилению стрессового состояния. В меньшей степени они склонны проявлять относительно продуктивные копинг-стратегии, помогающие в некоторых ситуациях, Совсем незначительно проявляются в поведении детей и подростков продуктивные копинг-стратегии, помогающие быстро и успешно совладать со стрессом.

4. С учетом полученных данных разработана программа индивидуальной психологической коррекции, направленная на оптимизацию ресурсов саморегуляции и адаптации подростков, страдающих гиперкинетическим вариантом ДЦП.

Результаты исследования взаимосвязи стилей саморегуляции поведения и копинг-стратегий позволяют разработать систему мер по оптимизации ресурсов саморегуляции и адаптации подростков, страдающих гиперкинетической формой ДЦП.

Основой коррекционной работы при ДЦП является оказание подросткам не только медицинской, но и психолого-педагогической, логопедической и социальной помощи, направленные на обеспечение их оптимальной социальной адаптации, развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению, труду.

Только адекватное и своевременное проведение реабилитационных мероприятий может предотвратить патологическое формирование личности у подростков, страдающих ДЦП, что будет способствовать более успешной их социальной адаптации.

Список литературы

1. Болезни нервной системы: рук. для врачей. В 2 т. Т. 2 / под ред. Н.Н. Яхно. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2007. - 512 с.
2. Волкова Н.В. Copingstrategies как условие формирования идентичности // Мир психологии. – 2004. – № 2. – 119-124.
3. Бронников В.А. Комплексный подход к реабилитации (абилитации) детей с церебральными параличами с позиции международной классификации функционирования // Новые реабилитационные технологии социальной адаптации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции 2010 г. / Под ред. В.А. Бронникова, А.С. Сунцовой / ГОУ ВПО «УдГУ». Ижевск, 2010. – 238 с.
4. Климова Е.В. Я чувствую, значит, я существую!!! // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. Информационно-практический журнал. – 2011. – №3. <http://www.cplife.ru/Arhive/Number11/Articles7>
5. Моросанова В.И. Индивидуальная саморегуляция и характер человека // Вопросы психологии. – 2007. – № 3. – С. 59.
6. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы: справочное издание / ред.: В.Н. Шток, О.С. Левин. – М.: МИА, 2010. - 519 с.

ВЛИЯНИЕ КРИМИНАЛЬНЫХ СУБКУЛЬТУР НА ПОДРОСТКОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ «ЗДОРОВЬЯ» СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Кузьмина В.М.

Курский институт социального образования (филиал) Российского
государственного социального университета,
г. Курск, Россия

Криминальная субкультура как и любая другая культура по сути своей носит агрессивный характер. Она вторгается в культуру официаль-

ную, взламывая её, девальвируя её ценности и нормы, насаждая в ней свои правила, атрибутику. Известно, что носителем культуры является язык. Взять наш «великий и могучий русский язык». На сегодняшний день он оказался весь пронизан терминологией уголовного жаргона, на котором охотно говорят как подростки, так и представители власти, депутаты государственной думы. А ведь утрата чистоты национального языка – серьезнейший симптом нарастания процесса глубокой криминализации общества. Особо важно подчеркнуть, что эта криминализация в первую очередь затрагивает подрастающее поколение, как наиболее активную в криминальном отношении часть общества и наиболее чуткую по своим возрастным особенностям к языковым инновациям.

Носителями криминальной субкультуры являются криминальные группы, а персонально – рецидивисты. Они аккумулируют, пройдя через тюрьмы и колонии, устойчивый преступный опыт, «воровские законы», а затем передают его другим. Здесь можно говорить о трех психологических механизмах воспроизводства преступности. Первый – персонализированный, когда преступник рецидивист из числа взрослых и опытных берет «шефство» или «наставничество» над конкретным индивидуумом. Второй механизм через криминализацию всего населения, приобщая его к уголовному языку, приучая мыслить криминальными категориями. Третий психологический механизм - через криминальную группу, которую укрепляют криминальная субкультура своими нормами и ценностями, способствует длительному её существованию. Поскольку криминальные группы по всей стране и с зарубежьем связаны многочисленными каналами («дорогами», «трассами»), постольку это и способствует универсализации, типизации норм и ценностей криминальной субкультуры, быстрой её распространения. Можно еще выделить четвертый путь распространения криминальной субкультуры, когда лидеры преступных группировок специально отбирают талантливых людей и на различных базах готовят из них боевиков, террористов, будущих лидеров преступного мира [2, С. 12].

Итак, под криминальной субкультурой понимается совокупность духовных и материальных ценностей, регламентирующих и упорядочивающих деятельность криминальных сообществ, что способствует их живучести, сплоченности, криминальной активности и мобильности, преемственности поколений правонарушителей. Основу криминальной субкультуры составляют чуждые гражданскому обществу ценности, нормы, традиции, различные ритуалы объединившихся в группы преступников. В них в искаженном и извращенном виде отражены возрастные и другие социально-групповые особенности населения. Её социальный вред заключается в том, что она уродливо социализирует личность, стимулирует перерастание возрастной, экономической, национальной оппозиции в криминальную, именно потому и является мощнейшим механизмом воспроизводства преступности.

Привлекательность криминальной субкультуры состоит в том, что её ценности формируются с учетом факторов, перечисленных ниже [3, С.123]:

- наличие широкого поля деятельности и возможностей для самоутверждения и компенсации неудач, постигших в человека в обществе;
- сам процесс криминальной деятельности, включающий в себя риск, экстремальные ситуации и окрашенный налетом ложной романтики, таинственности и необычности;
- снятие всех моральных ограничений;
- отсутствие запретов на любую информацию и, прежде всего, на интимную.

В отличие от законопослушных социальных групп в криминальных группах социально-психологическая стратификация закрепляется социальной стигматизацией (социальное клеймение). Это означает, что статус, роль и функции личности в группе отражаются в знаках, вещественных атрибутах и способах размещения индивидуума в пространстве, занимаемом криминальной группой. Таким образом, в криминальных сообществах действуют определенные «знаки различия», «читая» которые, можно точно определить «кто есть кто».

Средствами социальной стигматизации в криминальных группах являются [2, С. 23]:

- татуировки, в которых с помощью надписей, рисунков, условных знаков, аббревиатур отражается опыт человека в криминальной среде, степени его авторитета, притязания и ожидания;
- клички по степени благозвучности, возвышенности, которых можно судить о положении личности в криминальном сообществе;
- система вещественных атрибутов, к которым относятся носильная одежда и обувь, личные вещи, пища и тому подобное;
- размещение человека в пространстве (по спальным местам и так далее).

Криминальная субкультура, представляя собой целостную культуру преступного мира, с ростом преступности все более расслаивается на ряд подсистем (субкультура воровская, тюремная, рэкетиров, проституток, мошенников, теневиков), противостоящих официальной культуре. Степень сформированности криминальной субкультуры, её влияние на личность и группу бывает различной. Она может встречаться в виде отдельных, не связанных друг с другом элементов; может получать определённое оформление (её «законы» играют роль в регуляции поведения личности и группы); наконец, она может доминировать в данном заведении (микрорайоне, населенном пункте), полностью подчиняя своему влиянию как криминальный контингент, так и законопослушных людей.

Криминальная субкультура базируется на дефектах правосознания, среди которых можно выделить правовую неосведомленность и дезинформированность, социально-правовой инфантилизм, правовое бескультурье, социально-правовой негативизм и социально-правовой цинизм. При этом

дефекты правосознания усугубляются дефектами нравственного сознания, пренебрегающего общечеловеческими принципами морали [1, С. 56].

Подростковые неформальные группы в России несут на себе воздействие криминализации общества, западной культурной экспансии, тяги к преодолению рутины повседневности. Главное же состоит в том, что неформальная специфика не свойственна молодому поколению россиян как таковому, это мозаика социокультурных образований, фрагментарно рассеянная в молодежной среде. Анализ ряда неформальных феноменов в современной России свидетельствует, что в российской социальной практике появляются те стороны общинного взаимодействия молодежи, которые в советское время реализовывались в деятельности пионеров и комсомола. Утеря этого института социализации по соображениям политического характера не была восполнена на уровне обыденности, что вызывает определенную неудовлетворенность и поиск новых форм коллективности.

В целом, проведя исследование, мы пришли к выводу о том, что любая вовлеченность в неформальные группы и криминальные группы обязательно сказывается на уровне адаптации подростков и закономерно приводит к дезадаптации. Все это проявляется и на уровне тревожности, депрессивного и эмоционального настроения, что отражается на здоровье, в том числе и психическом, на взаимоотношениях между людьми и на восприятии окружающей действительности. Профилактика дезадаптированного поведения производится во всех, без исключения, отделениях социально-реабилитационного центра. Но в первую очередь профилактическая работа организуется в отделении реализации программ социальной реабилитации несовершеннолетних. С этой целью используются разнообразные формы и методы (занятия, игру, конкурсы, викторины, беседы) с учетом индивидуальных особенностей детей.

Список литературы

1. Бандура А. Уолтерс Р. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений. - М., 1999. - 304с.
2. Пирожков М. Законы преступного мира. - М., 1994. - 98с.
3. Роберт Б. Дебора Р. Агрессия. – СПб, 1994. - 354 с.

ВОСПРИЯТИЕ КРИЗИСНЫХ ЯВЛЕНИЙ ОБЩЕСТВА СОВРЕМЕННОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Кузьмина В.М., Солопова Г.

Курский институт социального образования (филиал) Российского
государственного социального университета,
г. Курск, Россия

В современном обществе, в XXI веке, студенты чувствуют себя в определенной степени незащищенной категорией населения, хотя современная молодежь занимает активную жизненную позицию, что заставляет

ее быть в эпицентре политической, социальной и экономической жизни страны. В условиях жесткой конкуренции, в которых находятся современные молодые специалисты-выпускники как гуманитарных, так и негуманитарных вузов, необходимо учить развивать каждого студента в себе такие качества, которые позволили бы ему не только успешно конкурировать на рынке труда, но и обладать позитивной жизненной позицией. Стремление «сделать» карьеру, обеспечить себя материально, добиться независимости, утвердиться в собственных глазах и глазах окружающих тебя людей приводит к скрытому конфликту у студентов. Данное стремление молодежи к карьере, высокому положению в обществе, общественному признанию является своеобразным ответом молодых на снижение уровня жизни (особенно в средних и малых городах); рост социального неравенства; ограничение возможностей социального продвижения и самореализации.

Современная студенческая молодежь, выбирая вуз, ориентируется, прежде всего, на возможность в дальнейшем занять «свою нишу» в обществе, но на деле оказывается, что выбор вуза не всегда оправдывает ожидания молодежи, и приходится получать второе высшее образование, совершенно противоположное первому. Можно говорить о том, что на данном этапе преобладают прагматические тенденции в высшем специальном образовании, что приводит к обособлению технического (сельскохозяйственного, медицинского и т.д.) знания от гуманитарного. Цель негуманитарного образования состоит в формировании первоклассного специалиста, обеспечив ему достойную социализацию в обществе. Но при этом забытыми остаются такие качества личности как развитие духовных способностей, освоение культуры взаимоотношений, эмпатия... Специфика негуманитарного вуза в определенной степени приводит к деформации личности в плане ее профессионального предназначения, накладывает отпечаток на становление как индивидуальных, так и социальных качеств. Наблюдается утрата индивидуальных проявлений личности, происходит угасание творческой активности студентов, так как программа сельскохозяйственных вузов в меньшей степени уделяет место гуманитарным предметам, которые бы способствовали развитию личности. Профильное обучение само по себе исходит из утилитарных целей общества, оставляя в стороне ценностные аспекты человеческой деятельности. Таким образом, за годы учебы в негуманитарном вузе, молодежь, накапливая опыт практической деятельности, зачастую не приобретают никаких общественно значимых качеств.

Современная студенческая молодежь испытывает следующие социально-психологические трудности:

во-первых, это трудности на психофизиологическом уровне (синдром дисморфофобии, неустойчивость эмоциональной сферы, высокий уровень ситуативной тревожности и др.);

во-вторых, наличие дефектов личностной сферы (неадекватность самооценки и уровня притязаний, несформированность мировоззрения, отсутствие конкретных жизненных целей и др.);

в-третьих, трудности, возникающие в процессе взаимоотношений с другими людьми (максимализм, скептицизм, эгоистичность, цинизм и т.д.).

Данные субъективные трудности взаимодействуют с объективными, например, с проявлением кризиса в современном обществе. Кризис возможен как социально-экономический, так и политический, так и духовный. Многие студенты сегодня понимают, что в XXI веке будут востребованы высококвалифицированные специалисты, активные граждане России, высококультурные интеллигенты [Мачурова Н.Н., 2002]. Требования современной жизни гораздо богаче и шире, разнообразнее и сложнее, поэтому сегодня важно понять, как важно дать молодежи такие знания и умения, которые позволили бы ей не только приспособиться, но и не потеряться в огромном массиве кризисных явлений современного общества.

Попытки трансформировать систему высшего технического, медицинского, сельскохозяйственного образования с целью совершенствования природы человека, ответственного за последствия своей производственной деятельности, которая постоянно усложняется и не требует гуманитарных знаний, в том числе знаний социально-психологического характера, тяжело отражается на поведенческом уровне у студентов и на мировоззренческом уровне, связанным с их самооценкой и оценкой окружающей действительности. Окружающий мир предстает как некий враждебный конгломерат, в котором выживает сильнейший, и при малейших трудностях студент пасует, не видя у себя психологического резерва для преодоления трудностей и проблем.

Особенности восприятия окружающего мира связаны с ценностями молодежи. Система ценностей современной молодежи достаточно противоречива, а в ее динамике наметились новые аспекты, связанные с освоением ценностей рыночного общества, но применительно к студентам сельскохозяйственных вузов хотелось бы отметить, что именно этой категории свойственна традиционность и преемственность в ценностях, и именно сельская молодежь тяжелее всего переживает утрату или деформацию жизненных ценностей. Анализируя ценностные ориентации современной учащейся молодежи по широкому кругу проблем, связанных с современной Россией, можно выделить ряд значимых факторов, активно влияющих на эти ориентации.

Во-первых, молодежь, получившая первичную социализацию в семье и школе, затем вторично проходит ее в условиях действительности России.

Во-вторых, немаловажным фактором вторичной социализации являются российские ментальные ценности и социальные представления, также оказывающие существенное влияние на сознание учащихся молодых людей.

Кроме того, их социализация осуществляется в условиях не только кризиса, но и угрожающе низкого достатка, что отражается на всех сторонах жизни, в том числе и системе ценностей.

Особое же влияние на процесс изменения ценностных ориентации в условиях современной нестабильности оказывает социальная идентичность. Молодежи, особенно сельской, очень трудно противостоять негативной стороне жизни в городе как в провинциальном, так в мегаполисе.

Таким образом, мы говорим о том, что проблема восприятия современного общества сложна и неоднозначна, поэтому и подходить к подготовке студенческой молодежи к жизни в этом обществе нужно многопланово, учитывая психофизиологические особенности и особенности обучения и воспитания.

Список литературы

1. Мачурова Н.Н. Социальное самочувствие студенческой молодежи // Социальная психология XXI столетия / Под ред. В.В. Козлова. - Т. 1.-Ярославль, 2002. - С. 26.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИКИ ПОСТАБСТИНЕНТНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Кучкаров У.И., Темирова Н.Р., Дустова Н.К.

Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Узбекистан

Значительное увеличение заболеваемости героиновой наркоманией в последнее десятилетие обусловило появление многочисленных работ, посвященных изучению различных аспектов этой проблемы. Классические и современные описания психических расстройств у больных, в первую очередь, представляют анализ аффективных и личностных расстройств у лиц, тогда как расстройства неврозоподобного круга у лиц, страдающих опиоидной зависимостью, остаются практически неисследованными. С учетом вышеизложенного, целью данного исследования является изучение особенностей клиники постабстинентных неврозоподобных состояний при героиновой наркомании.

Задачей исследования является изучение особенностей неврозоподобных расстройств при героиновой наркомании в постабстинентном периоде. Нами обследовано 92 больных героиновой наркоманией, находящихся на стационарном лечении. Структурно-синдромальные различия между группами заключались в соотношениях тяжести алгических, аффективных, соматовегетативных, сенесто-ипохондрических, тревожных, поведенческих нарушений.

В зависимости от наличия и преобладания в клинической картине психопатологической симптоматики мы выделили 3 варианта неврозоподобных расстройств больных героиновой наркоманией в постабстинентном периоде:

- 1) астено-динамический вариант
- 2) тревожно-фобический вариант
- 3) субдепрессивно-дисфорический вариант.

Астено-динамический вариант, проявляющийся повышенной утомляемостью, а также раздражительной слабостью, неустойчивым, обычно пониженным настроением, выявлен у 34 больных. Для больных характерна гиперестезия – непереносимость обычных раздражителей, головные боли, расстройства сна, вегетативные нарушения. В тяжелых случаях они могут сопровождаться пассивностью и апатией. Следует отметить, что в постабстинентном периоде 1 тип неврозоподобных расстройств в основном включал в себя клинические проявления 1 типа АС. Ремиссии до 7-8 месяцев сформировались у 13 человек, остальные возобновили наркотизацию сразу в ПАС после выхода из острого абстинентного синдрома.

Тревожно-фобический вариант выявлен у 22 больных. Больные весьма определенно жалуются на «тягу» к героину, живо и детально описывают влечение к наркотику, просят о помощи, у них преобладает неосознанная тревога, в их сновидениях фигурируют яркие картины употребления наркотика. Усиление тревоги выступало в роли основного и неспецифического психопатологического маркера общего ухудшения психического состояния. Практически во всех клинических наблюдениях обнаружена фобия отмены, в зависимости от дозы употребляемого героина.

Субдепрессивно-дисфорический вариант в постабстинентном периоде отмечен у 36 больных. На 14-19-й дни лечения в стационаре больные начинают жаловаться на слабость и недомогание, тяготятся пребыванием в клинике, испытывают подавленность, чувство невыносимости существования, избегают контактов, безучастны к окружающему. Некоторые больные были склонны конфликтовать с окружающими, постоянно выражали недовольство: лечением, порядками, персоналом, поведением родственников, пребывали в подавленном настроении, на обращение к ним отвечали с озлоблением. При этом больные отрицали наличие у них тяги к наркотику. Это состояние проявлялось психопатоподобным поведением – неподчинением режиму, агрессивностью, грубостью, эгоцентризмом, непомерными амбициями, безразличием к мнению окружающих, отсутствием сочувствия к слезам родных. Редукция субдепрессивной симптоматики и эксплозивных реакций наступала к 20-22 дню отнятия наркотика.

Таким образом, неврозоподобные расстройства в постабстинентном периоде героиновой наркомании являются основным звеном в формировании ремиссии. Наши данные показали что, при астено-динамическом варианте симптомы быстро регрессировали, а при тревожно-фобическом варианте симптомы проявлялись умеренно с длительно протекающими обсессивно-компульсивными нарушениями, а при субдепрессивно-

дисфорическом варианте невротоподобные расстройства имели более выраженный и длительный характер.

Список литературы

1. Демина М.Б. Нарушения нозологии («Синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. - М., 2005. - 25с.
2. Морозов Г.В., Боголепов И.Н. Морфинизм. - М.: Медицина, 1984. - 175с
3. Осипов В.П. Руководства по психиатрии.-М.-Л.: Гос.изд., 1931.- 596 с.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. - М.: Медицина, 2002. - 256с.
5. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий. Руководство по наркологии. В 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. М: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. - С. 269-367.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ласков В.Б., Ласкова И.В., Сторублева О.Л.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Психологические и психосоматические аспекты профессионального здоровья традиционно привлекают внимание психологов, психиатров, психотерапевтов и профпатологов. Однако в современной России проблема нормы и патологии профессионального здоровья существенно расширилась в связи с существованием феномена преждевременной смертности и инвалидизации населения [2, 4]. В указанном плане оценка длительности и эффективности работы будущих врачей - выпускников медицинского вуза, а также качество и ожидаемая продолжительность жизни не могут не сопровождаться негативным прогнозом.

Как часть российского общества, подверженная стрессовым воздействиям и недостаточно социально защищенная, выпускники вуза живут в той же российской психосоциальной, бытовой среде, которая служит как минимум фактором риска преждевременной потери здоровья и сокращения жизни; до и после завершения вузовского этапа обучения выпускники в полной мере подвергаются негативным влияниям среды.

Проблема обеспечения социально-психологической адаптации молодежи в обществе крайне актуальна, причем социально-психологическая и бытовая адаптация молодого человека не сводится только к трудовым, профессиональным аспектам, умению пользоваться кредитной картой и голосовать на выборах. Важнейшей составляющей, с нашей точки зрения, является умение противостоять массивной пропаганде вредных при-

вычек в среде обитания (семье, школе, на улице) и соблазнам нездорового образа жизни, то есть сформированность навыка к сбережению своего здоровья.

Вопрос, как жить, кого слушать и «делать жизнь с кого», решается огромной частью молодежи так, что признание лидерства страны по преждевременной смертности и инвалидизации населения стало обыденным фактом [4]. В этой связи призывы к гармоничной интеграции (инклюзии) детей и молодежи в общество выглядят весьма двусмысленно, так как отторжение массовых питейно-табачных стереотипов как раз будет способствовать сохранению потенциала здоровья молодого специалиста. Самого серьезного осмысления требует констатация негативного влияния социально-бытовых и психологических стереотипов поведения в обществе, сложившихся в прошлом веке и упрочившихся в последние десятилетия.

Причиной преждевременной смертности и инвалидизации в России служит распространение пьянства, алкоголизма, табакокурения, рост числа наркозависимых среди молодежи, что обусловлено неостребованностью обществом и государством здорового образа жизни [1, 3, 4].

Жертвами официальной и неофициальной рекламы алкоголя, табака и наркотиков и устоявшихся порочных представлений и стереотипов поведения больших масс российского населения становятся все новые поколения - дети, подростки, молодые люди. Сложившаяся система профилактики инсультов и иных социально значимых заболеваний, определяющих раннюю смертность и инвалидность, не учитывает новых реалий, обусловленных укорочением сроков формирования вредных привычек и утверждением порочной модели поведения в обществе у все более молодых людей.

В этой связи актуально изучение распространенности представлений студентов вуза о значимости здорового образа жизни, допустимости вредных привычек – факторов риска социально значимых заболеваний, снижающих качество жизни и ограничивающих ее продолжительность.

Цель работы - изучить толерантность будущих специалистов к деструктивному влиянию окружающей среды, их способность противостоять формированию вредных привычек и на этой основе оценить перспективы сохранения профессионального здоровья.

Материал исследования - 330 студентов первого и выпускного курсов медицинского вуза. Методы исследования: оригинальные анонимные опросники и визуальные аналоговые шкалы для самооценки тревожности и астении, связанных с процессом обучения [3]. Для оценки депрессивных проявлений использовали русскоязычную версию шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований. Полученные данные обработаны общепринятыми статистическими методами.

Результаты проведенного обследования показали, что значительная доля студентов имеет ложные представления о допустимости и последствиях курения, алкоголизации и наркотизации. Так, вредные привычки в виде курения табака и/или алкоголизации выявлены у 63% шестикурсни-

ков; при этом 39% их не считают курение вредной привычкой (несмотря на то, что курение является одной из форм наркомании).

Доля студентов, считающих похмелье обычным состоянием для здорового человека, колеблется от 20 до 30%. Среди опрошенных алкоголь употребляют один раз в день 6% первокурсников, раз в неделю - 16%, в месяц - 44%.

Около 60% студентов уверены, что всегда смогут прекратить прием алкоголя по собственному желанию; 70% студентов полагают, что смогут решить проблему с помощью врача. Не менее 20% студентов первого и шестого курсов считают пиво полезным напитком, а более 80% респондентов предлагали употребить алкогольные напитки другим людям. Около 50% студентов считает умеренные дозы алкоголя полезными. Все это создает питательную среду для формирования вредных привычек, ведущих к развитию алкоголизма, наркомании и курения, а также артериальной гипертонии, атеросклероза, пороков развития нервной и сосудистой системы. Не менее 8% студентов считают, что можно употреблять наркотики и не стать наркоманом, поэтому можно употреблять наркотики.

Среди первокурсников регулярно курили до поступления в вуз 13%, пристрастились к курению во время обучения еще 17%, а планируют научиться курить еще 10%.

Для интерпретации столь высоких цифр распространенности вредных привычек, являющихся факторами риска и причинами развития инсульта, инфаркта миокарда, алкоголизма и наркомании следует учитывать не только пропаганду алкоголизма и табакокурения в России в последние 20 лет. По нашим данным, доля лиц с тревожно-депрессивными переживаниями среди выпускников составляет 43%; при этом указания на наличие тяжелой ее степени имеют около 9% выпускников, то есть почти каждый десятый. Причины депрессии нуждаются в изучении, но вероятны неуверенность в будущем, неостребованность профессионализма в обществе. Депрессивные симптомы – не только следствие курения и алкоголизма, но и питательная среда для развития пьянства, алкоголизма и наркомании.

Таким образом, на выходе из вуза вместо «проводников здорового образа жизни» - значительная доля «зависимых» специалистов, которые сами являются отрицательным примером для населения. В сознании наших студентов, как и населения в целом, не ассоциируются вредные привычки, наркотическая зависимость, с одной стороны, и инсульты и инфаркты миокарда, эпилепсия и деменция, с другой стороны. Соответственно они не обращают внимания на потенциальную опасность сокращения жизни и инвалидизацию.

Переломить эту ситуацию, по нашему твердому убеждению, может ранее информирование о причинах преждевременной смертности и инвалидизации населения в России – инсульте, токсической энцефалопатии, связи из развития с вредными привычками (курением, алкоголизацией, наркотизацией). Нами разработана образовательная программа под условным названием «Воспитание здорового мозга»

(конечно, речь идет о воспитании и обучении ребенка в здоровье, а не табачно-алкогольном дурмане). Программа адресована ученикам, их родителям и учителям, а также студентам первых курсов и предусматривает предоставление информации о последствиях вредных привычек и причинах развития инсульта и энцефалопатии. Информация дифференцирована по объему и сложности, учитывает возраст и уровень образования адресата. Принципы программы изложены в «Медицинской газете» (№ 43 от 10.06.2011).

Образовательные программы должны знакомить школьников и студентов: 1) с причинами и факторами риска преждевременной смерти и инвалидизации; 2) причинами и механизмами развития инсульта и энцефалопатий; 3) с последствиями вредных привычек и нездорового образа жизни применительно к развитию инсульта и энцефалопатий (мультимедийные лекции). Эта программа - часть нашего проекта «Неврологическое сопровождение растущего мозга» по нейрокогнитивной поддержке учащихся на различных этапах обучения.

Проект «Школа неврологического здоровья» для студентов-первокурсников (образовательная программа профилактики вредных привычек – факторов риска инсульта и других социально значимых неврологических заболеваний, способствующих ранней смертности и инвалидизации населения) был поддержан и реализуется в рамках концепции университета по пропаганде здорового образа жизни. Подобные образовательные программы могли бы стать эффективным дополнением к деятельности «Центров здоровья».

Реализация подобной программы могла бы улучшить социально-психологическую адаптацию молодежи, ее приверженность здоровому образу жизни и упрочить таким образом профессиональное здоровье.

Значительная часть студентов вуза входит в группу риска по преждевременной смертности и инвалидности, являясь носителями вредных привычек. Указанные студенты при самостоятельной работе не смогут выступить реальными пропагандистами здорового образа жизни среди населения. Профессиональное здоровье студентов вуза – носителей вредных привычек подвергается негативным влияниям токсических факторов.

Целесообразна реализация дополнительной образовательной программы для студентов, направленной на информирование о реальных последствиях нездорового образа жизни, коррекцию неверных представлений о допустимости вредных привычек и на создание осознанной приверженности здоровому образу жизни.

Список литературы

1. Ласков, В.Б. Профилактика и коррекция вредных привычек и когнитивной дисфункции у учащихся вузов и школ // Инновационные парадигмы в медицине и педагогике. Материалы межрегиональной научно-практической конференции / В.Б. Ласков, И.В. Ласкова. – Курск: КГУ, 2009. – С. 67-68.

2. Ласков, В.Б. Воспитание здорового мозга: инициативная образовательная программа неврологического сопровождения учащихся средней общеобразовательной школы... и первичной профилактики у них вредных привычек, облегчающих развитие инсульта, сосудистой деменции и других социально значимых неврологических заболеваний: Учебное пособие / В.Б. Ласков, И.В. Ласкова, Н.В. Воронина. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. - 43 с.

3. Ласкова, И.В. Программа комплексного неврологического сопровождения учащихся средней школы на этапах их обучения: обоснование, цели и методика: Монография /И.В. Ласкова, В.Б. Ласков. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2010. – 83 с.

4. Федеральная служба государственной статистики: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/>

СТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА
У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: ФОРМУЛИРОВКА
УТВЕРЖДЕНИЙ И ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ласовская Т.Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск, Россия

Исследования последних лет подтверждают наличие у онкологических больных полного набора симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в пределах от 3 до 14% случаев. Распространенность субклинических форм достигает 50% случаев [1, 165]. Диагностическим инструментом, в большинстве таких исследований является структурированное интервью или опросник для диагностики ПТСР. В России до настоящего времени отсутствует инструмент, позволяющий диагностировать симптомы ПТСР у онкологических больных.

Целью исследования является диагностика посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных методом структурированного интервью.

В 2011 году на кафедре клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета разработано структурированное интервью для диагностики ПТСР у онкологических больных (Ласовская Т.Ю., Смоляр А.Ю.). В основу положены диагностические критерии ПТСР по DSM-IV. Всего структурированное интервью содержит 16 утверждений, отражающих диагностические критерии ПТСР. Например, повторные навязчивые переживания травмирующих событий отражены в утверждениях «У меня бывают сновидения, сюжеты которых содержат неприятные эпизоды, связанные с

болезнью»; «Как только я закрываю глаза, перед моим мысленным взором проходят эпизоды неприятных событий». Симптомы избегания травмирующих событий отражены в утверждениях «Я избегаю контактов с теми, с кем лежал в одной палате или проходил лечение»; «Любые разговоры о моем самочувствии доставляют мне страдания, включая беседу с врачом или родственниками». Устойчивые проявления повышенной активности отражены в утверждениях «С тех пор как я заболел, мне трудно заснуть»; «С тех пор как я заболел, мне трудно сконцентрироваться на чем-либо».

Пилотажное исследование проводилось в онкологическом отделении муниципальной городской клинической больницы № 1 г. Новосибирска. В исследовании приняли участие 22 женщины (средний возраст 59,9 лет), с диагнозом «рак молочной железы» в послеоперационном периоде; средний стаж заболевания 3,8 месяца. Исследование включало клиническую беседу и заполнение пациентами диагностического интервью.

При заполнении структурированного интервью полный набор диагностических критериев выявлен у 14 женщин (63.6% случаев). При сопоставлении результатов диагностики с помощью структурированного интервью и клинической беседы выяснилось, что необходимо уточнять содержание некоторых высказываний, содержащихся в структурированном интервью, поскольку положительный ответ на присутствие симптома может иметь другое содержание, не относящееся к ПТСР и характерное для других тревожных расстройств. Например, пациентки положительно отвечали на вопросы о трудностях концентрации внимания, наличии трудностей в засыпании, присутствия чувства безысходности (подавленности, угнетенности). Такие же симптомы характерны для генерализованного тревожного расстройства и расстройства адаптации. Примером проведения дифференциальной диагностики могут быть уточнение причин трудностей при засыпании. В проведенном исследовании в 100% случаев трудности при засыпании связаны с наличием послеоперационных болей, и только в 5 случаях кроме послеоперационных болей у пациенток возникали повторные репереживания травмирующих событий. Таким образом, можно говорить о некоторых ограничениях, связанных с применением структурированного интервью в послеоперационном периоде. Другой пример – переживание пациентом чувства безысходности, характерное и для ПТСР и для расстройства адаптации. Практически у всех пациенток чувство безысходности было связано со страхом перед повторным оперативным вмешательством и опасением, что «болезнь зашла слишком далеко», но ни в одном случае это не связывалось с травматическим событием – «два месяца как поставили диагноз», что не позволяет расценивать этот симптом как характерный для ПТСР.

Таким образом, при проведении пилотажного исследования с целью определения диагностических возможностей структурированного интервью для диагностики ПТСР, показано: 1. Как самостоятельный

способ диагностики ПТСР структурированное интервью имеет ограниченные возможности в связи с особенностями послеоперационного периода (боли) и необходимостью проведения дифференциальной диагностики с другими тревожными расстройствами; 2. При использовании структурированного интервью рекомендуется его сочетание с другими методами исследования (клиническая беседа).

Список литературы

13. Shelby, RA. PTSD Diagnoses, Subsyndromal Symptoms, and Comorbidities Contribute to Impairments for Breast Cancer Survivors / RA. Shelby // J Trauma Stress. 2008 April; 21(2): 165–172.

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ МУЗЫКАЛЬНОЙ РЕЛАКСАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Ласовская Т.Ю., Шелепова А.Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск, Россия

Музыкальная релаксационная терапия – это достижение состояния релаксации с помощью музыки [2, 7]. Тернова К.С. и соавт. рассматривают музыкальную терапию как метод, близкий к «идеальному лекарству». Среди достоинств – неинвазивность, отсутствие побочных эффектов, хорошее сочетание с другими методами лечения, простота проведения сеансов, отсутствие привыкания [3,42-43].

В ряде исследований последних лет имеются противоречивые данные о влиянии музыкальной терапии на эмоциональный статус и качество жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями. Так, Li ХМ и соавт. показано, что у женщин с радикальной мастэктомией проведение музыкальной терапии в первую неделю после операции достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома [6,411-419]. Hancer SB.и соавт. отмечает снижение уровня тревоги и депрессии и улучшение качества жизни [5,116-124]. Vozsuk H. и соавт. Указывают только на улучшение сна в послеоперационном периоде, но не подтверждают улучшения качества жизни [4,200-205].

Целью исследования является оценка динамики психоэмоционального статуса и качества жизни у женщин с раком молочной железы при проведении музыкальной терапии.

Основную группу составили 40 женщин с диагнозом рака молочной железы, после оперативного лечения; средний возраст 58,6 года. Пациенткам основной группы проводилось по 4 сеанса музыкальной релаксационной терапии ежедневно, с продолжительностью сеанса 25 минут, в групповой форме. В среднем, начало проведения музыкальной релаксации начи-

налось на 12-15 день после проведения оперативного вмешательства. При проведении музыкальной релаксации использовались авторские музыкальные программы В.Ю. Завьялова. Программы составлены таким образом, чтобы подобранные музыкальные произведения «вели» пациента предсказуемым образом от его исходного состояния к разрядке и расслаблению через определенную динамику. Каждая программа, сохраняя типовую структуру (присоединение к актуальному состоянию, переход к разрядке, медитативная музыка, «пробуждающая музыка»), охватывает определенную тематику переживаний. Музыкальные произведения микшированы естественными шумами (шум прибоя, шум дождя, пение птиц) [2, 22]. Группу сравнения составили 20 пациенток, которым в послеоперационном периоде музыкальная релаксационная терапия не проводилась. Оценка психоэмоционального статуса проводилась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии, методики САН; качество жизни изучалось с помощью методики Демина Е.В. Математическая обработка данных проводилась с помощью Т-критерия Вилкоксона.

В результате исследования в динамике в основной группе достоверно выросли все значения по опроснику САН: самочувствие 4.5-5.1 ($P < 0.001$); активность 4.1-4.8 ($P < 0.001$); настроение 4.7-5.4 ($P < 0.001$) и приблизились к таковым у здоровых. В группе сравнения достоверных изменений показателей по САН не произошло.

Также в основной группе зафиксировано достоверное снижение средних показателей тревоги с 10.0 до 8.4 ($P < 0.001$). В группе сравнения отмечена тенденция к росту уровня тревоги с 7.2 до 9.5 ($P < 0.05$). Достоверных изменений уровня депрессии не зафиксировано ни в основной группе, ни в группе сравнения.

При изучении качества жизни пациенток показано, что в основной группе после проведения музыкальной релаксационной терапии достоверно улучшаются показатели по тринадцати параметрам, а именно: у пациенток повышается уровень принятия своих личностных качеств; уровень своего здоровья воспринимается как более высокий; повышается удовлетворенность своим вкладом в ведение домашнего хозяйства; возрастает познавательная деятельность за пределами дома; пациентки реже испытывают чувство подавленности и вины; в общественных местах реже появляется чувство дискомфорта; улучшаются отношения с мужем; в конфликтных ситуациях женщины начинают занимать более активную позицию и проявляют агрессию при отстаивании своих интересов ($P < 0.01$). В группе сравнения достоверной динамики значений качества жизни не отмечено, за исключением параметра, касающегося чувства вины (с 7.5 до 6.7 при $P < 0.001$). Переживание чувства вины нарастало в динамике, что снижало качество жизни больных.

Таким образом, применение музыкальной релаксационной терапии у женщин с раком молочной железы в послеоперационном периоде может эффективно использоваться в психологической реабилитации, так как улучшает психоэмоциональный статус и качество жизни больных.

Список литературы

14. Асеев, А.В. Качество жизни больных раком молочной железы / А.В. Асеев, В.Я. Васютков. - Тверь.: 1999. - С. 8-11.
15. Завьялов, В.Ю. Музыкальная релаксационная терапия (практическое руководство) / В.Ю. Завьялов. - Новосибирск. – 1995. - С. 7, 22.
16. Терновой, К.С. Принципы поиска решения медицинских проблем / К.С. Терновой, Л.Г. Розенфельд, Н.К. Терновой, Н.Н. Колотилов. - Киев.: Наукова Думка, 1990. - С. 42-43.
17. Bozcuk, H. Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study / H. Bozcuk, M. Artac, A. Kara, M. Ozdogan, Y. Suaip, Z. Topcu, A. Karaagacli, Yildiz, M. V. Savas // Med Sci Monit. - 2006 May 12 (5): CR 200-5.
18. Hancer, SB. Effects of a music therapy intervention on qualite of life and distress in women with metastatic breast cancer / SB. Hancer, S. Bauer-Wu, L. Kubicek, M. Healey, J. Manola, M. Hernandez, C. Bunnell // J Soc Integr Oncol. - 2006 Summer 4 (3) 116 - 24.
19. Li, XM. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial / XM Li, H. Yan, KN. Zhou, SN. Dang, DL. Wang, YP. Zhang // Breast Cancer Res Treat. - 2011 Jul: 128(2): 411-419.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕННОГО ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Лассан Л.П.

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург, Россия

Термин "дизонтогенез" впервые был использован И. Швальбе в 1927 году для обозначения отклонений во внутриутробном развитии организма, врожденных аномалий развития [цит. по: Лебединский, 2004]. Дизонтогенез – это нарушенное развитие, отклоняющееся от нормативного. Все исследования дизонтогенеза опираются на представления о нормативном развитии индивида [Фельдштейн, 1989; Эльконин, 2004].

В.В. Ковалевым введено понятие "психический дизонтогенез", которым обозначено нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства и созревания структур и функций головного мозга.

Существуют различные классификации психического дизонтогенеза, как клинические, так и психологические [Сухарева Г.Е.,1963; Козловская Г.В.,1995; Лебединский В.В.,1985; Семаго М.М. и Семаго Н.Я.,2000, Мамайчук И.И., 2000; Зверева, 2005].

На основе анализа развития познавательной сферы у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра Н.В. Зверева (2005)

предложила термин «когнитивный дизонтогенез» (нарушение познавательного развития).

И.И. Мамайчук (2000) при нейропсихологическом исследовании высших корковых функций у школьников с детским церебральным параличом (ДЦП) выделила варианты развития когнитивной сферы в соответствии с ведущим двигательным дефицитом. При слабовыраженной интеллектуальной недостаточности наблюдается парциальность, неравномерность в развитии отдельных психических функций, а при более выраженной отмечается тотальность их недоразвития. В целом, по мнению автора, задержка психического развития у школьников с ДЦП обусловлена разнообразными по степени и локализации нарушениями высших корковых функций.

Характер и выраженность нарушений психических функций, а также и возможность их регресса, значительно варьируют не только в зависимости от объема и локализации поражения, но и от возраста ребенка. В ряде работ показано, что существуют определенные закономерности созревания в онтогенезе морфологических структур мозга и, соответственно, развития психических функций [Семенович А.В., 2005; Микадзе Ю.В., 2008; Фарбер Д.А. и др., 2009].

При врожденных локальных поражениях головного мозга первоначальные клинические проявления заболевания могут проявляться в разном возрасте, таким образом, сама патология долгое время может существовать бессимптомно. Так, 10% опухолей головного мозга обнаруживается у детей раннего возраста, 20% - у детей дошкольного возраста, 70% - у детей школьного возраста (Гусев, Коновалов, Бурд, 2000). В раннем детском возрасте даже довольно обширные повреждения головного мозга могут не сопровождаться выраженной неврологической симптоматикой и значительными нарушениями психических функций. Например, опухоли головного мозга у детей характеризуются непропорционально крупными размерами по отношению к объему и весу головного мозга ребенка и по сравнению с размерами аналогичных опухолей у взрослых. Это объясняется эластичностью костей и швов детского черепа, а также особенностями функционирования незрелых структур мозга, эндокринной и иммунной систем. Конфликт между вместимостью черепа и объемом мозга возникает через более длительное время, чем во взрослом возрасте, и общемозговые симптомы у детей проявляются позже (особенно если опухоль доброкачественная и супратенториальной локализации) и могут быть менее выражены. [Бадалян Л.О., 1998].

По данным Э. Г. Симерницкой (1985), у детей младше 10 лет клинико-психологические проявления очаговых повреждений головного мозга выражены слабо и часто вообще могут отсутствовать. В работах этого автора показано, что у детей даже массивные повреждения головного мозга не формируют системы взаимосвязанных расстройств, характерные для взрослых, а проявляются обычно разрозненными, часто грубо выраженными, отдельными нарушениями (только устной или письменной речи,

нарушение пространственного фактора только в рисунке, практике или счете, избирательные дефекты чтения или письма).

У детей при отсутствии очаговой неврологической симптоматики и симптомов гипертензионно- гидроцефального синдрома в бессимптомный период течения заболевания особую важность приобретает нейропсихологическая диагностика состояния высших психических функций как ранних признаков нарушенного цереброгенеза, поскольку наличие локальной патологии (арахноидальной кисты, артериовенозной мальформации, опухоли и т.п.) в развивающемся мозге приводит к реорганизации систем функционального взаимодействия мозговых структур и к нарушению протекания психических процессов.

Как показали многолетние исследования большого числа больных школьного возраста с нейрохирургической патологией, для таких детей не характерна выраженная интеллектуальная недостаточность: подавляющее большинство до госпитализации (манифестации заболевания) обучались по общеобразовательным программам и считались практически здоровыми. Вместе с тем, у этих больных при нейропсихологическом исследовании обнаруживалась парциальная неравномерность в развитии отдельных когнитивных функций (памяти, внимания, речи, гнозиса, праксиса) и высокозначимые отличия от их нормативного развития во всех возрастных группах при каждом виде патологии [Лассан Л.П., 2010].

Полагаем, что для определения нарушенного познавательного развития детей и подростков с врожденной локальной патологией головного мозга правомочно и адекватно использовать термин «нейрокогнитивный дизонтогенез».

Рассматривая психическое развитие и его нарушения как сложный многофакторный процесс, при анализе обширного эмпирического материала было доказано, что на состояние когнитивной сферы больных детей оказывают влияние две группы биологических факторов: общие для всех индивидов свойства (возраст и пол) и специфические особенности нейрохирургической патологии (вид, латерализация и локализация)[Лассан Л.П., 2007, 2008, 2010].

Гетерохронность созревания мозговых структур, а также специфика процессов межполушарного и внутрислошарных взаимодействий в условиях патологического цереброгенеза при врожденной нейрохирургической патологии находится в тесной связи с возрастом ребенка, поэтому симптомокомплекс нарушенных и/или несформированных когнитивных функций детерминирован в первую очередь возрастом, в котором манифестировали клинические проявления заболевания.

При нейрокогнитивном дизонтогенезе нейропсихологические закономерности формирования когнитивных процессов у больных с нарушенным цереброгенезом вследствие нейрохирургической патологии на разных этапах возрастного развития имеют динамический характер и определяются гетерохронным созреванием структур мозга. Отмечается прогрессивная тенденция возрастной динамики в виде увеличения показателей памя-

ти и объема внимания, а также уменьшения выраженности нарушений восприятия, двигательной сферы, речевых функций. Чем старше возраст больного и, соответственно, чем более зрелый статус морфофункциональных систем, обеспечивающих психическую деятельность, тем меньше по сравнению со здоровыми сверстниками выражен дефицит когнитивных функций.

Выраженность нейрокогнитивного дизонтогенеза зависит от пола больного: у мальчиков более выраженные, чем у девочек, нарушения когнитивных функций, при этом, значимые отличия от нормы чаще отмечаются в возрастные периоды, соответствующие началу полового созревания (13-15 лет у мальчиков, 10-12 лет у девочек).

Выявлена следующая закономерность влияния и взаимовлияния биологических факторов на нейрокогнитивный дизонтогенез: чем более интенсивной и распространенной является патология головного мозга, тем меньшее влияние на состояние когнитивной сферы ребенка оказывают его индивидуальные свойства (возраст и пол), и наоборот.

Таким образом, применение термина «нейрокогнитивный дизонтогенез» для определения нарушенного познавательного развития детей с врожденными очаговыми поражениями головного мозга позволяет рассматривать нарушения психических функций при церебральной патологии не изолированно, а с учетом детерминированности их морфогенетическими факторами.

Список литературы

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: ОО "МЕДпресс", 1998.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. — М.: Медицина, 2000.
3. Зверева Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте // «В.М. Бехтерев и современная психология». Материалы докладов на российской научно-практической конференции. Казанский госуниверситет, 29-30 сентября 2005 г., Казань, Центр инновационных технологий, 2005.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
5. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дис. ... докт. мед. наук – М., 1995.
6. Лассан Л.П. Влияние латерализации локального поражения головного мозга на психические функции детей школьного возраста // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. Психолого-педагогические науки. № 10 (52), 2008, - С. 31 – 41.
7. Лассан Л.П. Влияние фактора пола на психические процессы в онтогенезе при локальных поражениях головного мозга // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. Психолого-педагогические науки. № 9 (42), 2007, - С. 43 – 52.

8. Лассан Л.П. Влияние фактора возраста на нарушения когнитивных функций больных с локальными повреждениями мозга различного генеза/ Альманах «Новые исследования» - М.: Вердана, 2010, № 1 (22), С. 44-54.
9. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2004.
10. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб, 2000.
11. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2008. 288с.
12. Развитие мозга и формирование познавательной деятельности ребенка / Под ред. Д.А.Фарбер, М.М.Безруких. – Москва-Воронеж, 2009. – 432 с.
13. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2000.
14. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. - М., Генезис, 2005. 319 с.
15. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М., Изд-во МГУ, 1985. 190 с.
16. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. – М.: Медицина, 1974.
17. Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. М., 1989.
18. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Детская психология. М.:Академия, 2004.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Лермонтов П.А.

Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск, Россия

Хронические сердечно-сосудистые заболевания считаются наиболее часто встречающимися и наиболее неблагоприятными из всех медицинских заболеваний. Около половины взрослого населения Земли имеют как минимум одно хроническое заболевание, которое может негативно влиять на качество жизни. Среди люди с сердечно - сосудистыми заболеваниями около 90% имеют 2 или более хронических заболевания [1].

По ВОЗ качество жизни (КЖ) определяется как «восприятие отдельным человеком его или ее места в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которой живет человек и находится, в зависимости от реальности, ожиданий, норм и взаимоотношений этого человека [2]. Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (HRQOL) определяется, как понимание психологического и физического состояния

здоровья для конкретного человека или группы в течение времени. Содержит в себе такие аспекты здоровья, как физическое функционирование, социальное и ролевое функционирование, психологическое здоровье и восприятие общего состояния здоровья [3]. HRQOL часто используется в различных научных исследованиях для сравнения тяжести заболеваний и их дальнейшего прогноза. Эта характеристика является наиболее полезной при рассмотрении хронических заболеваний, так как в отсутствие соматического улучшения, психологическое здоровье может оставаться относительно высоким и стабильным [4].

При оценке HRQOL чаще всего используются специальные опросники, основанные на субъективном восприятии удовлетворенности КЖ по нескольким основным аспектам, характерным для каждого человека. Так, по данным Farin E и Meder M. [5], характерное распределение HRQOL для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями составляет в среднем 50%-64%.

Помимо тяжести заболевания на HRQOL так же может оказывать влияние количество заболеваний. По данным литературы [1; 3], наличие нехронического или единственного хронического заболевания оказывает большее негативное воздействие на психологические компоненты качества жизни, в отличие от физических. И наоборот, пациенты с 2 или более хроническими заболеваниями в большей степени испытывают физическую неудовлетворенность аспектами КЖ. Это объясняется тем, что пациенты с хроническими заболеваниями могут жить с заболеванием годы, и у них появляется чувство, что они способны контролировать свою болезнь, и по этой причине может наблюдаться уменьшение психологического неблагополучия HRQOL.

В основном, главной целью реабилитации кардиологических больных является уменьшение распространенности заболевания и улучшение качества жизни [6]. В связи с этим представляется важным изучить критерии здоровья пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на реабилитации.

Цель исследования заключалась в следующем: изучить КЖ как показатель состояния здоровья при наличии хронических сердечно-сосудистых заболеваний.

Было обследовано 10 пациентов (6 мужчин и 4 женщины, средний возраст 60,7 лет), госпитализированных с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС) и с сопутствующим диагнозом артериальная гипертензия (АГ), с продолжительностью заболевания в среднем 5 лет.

Исследование включало следующие методики: уровень тревоги и депрессии определяли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS); для изучения параметров качества жизни мы использовали Ноттингемский профиль здоровья (NHP) и Сиэтлский опросник (SAQ).

В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентов уровень субклинической тревоги 10% и клинической тревоги 30%; субклинической депрессии 30% и клинической депрессии 20%.

При анализе NHP наибольшее снижение в средних значениях получено по шкалам: энергичность (50), сон (72,5), боль (74,9). Наибольшие средние значения выявлены по шкалам: эмоции (92), социальная изоляция (89,4), подвижность (83,6).

Среднее значение по шкалам SAQ составляло: стабильность приступов (65), частота приступов (61), удовлетворение лечением (61), ограниченность физических нагрузок (57,2), отношение к болезни (45,7).

Таким образом, наименьшее снижение уровня HRQOL у пациентов с хроническими сердечно - сосудистыми заболеваниями наблюдается по шкалам, относящимся к физическому функционированию. На основании этих данных можно предположить сильную негативную связь между хроническим заболеванием и HRQOL [4]. В частности, самое наименьшее значение было получено по шкале «отношение к болезни», на основании этого можно предположить, что болезнь оказывает отягощающие воздействия на здоровье и многие сферы жизни человека. Это негативное отношение может усиливаться наличием депрессии [5] и может способствовать развитию различных коморбидных нарушений (тревоги, депрессии) [1].

Более высокие показатели были получены по шкалам, относящимся к компонентам социального и психологического здоровья, что является характерным для хронических заболеваний, так как из-за соматического заболевания, в первую очередь, происходит ухудшение физического компонента здоровья. При необходимой психологической коррекции возможно сохранение высокого уровня психологических компонентов здоровья, что может способствовать уменьшению осложнений и сопутствующих заболеваний [1].

Данное исследование демонстрирует, что HRQOL может выступать как один из критериев оценки состояния здоровья. Но только с поправкой на тяжесть заболевания [3], индивидуальные и социальные особенности пациента [2].

Большое количество исследований подтверждает значимость изучения качества жизни, связанного со здоровьем, при хронических сердечно-сосудистых заболеваниях, так как реабилитации данных пациентов часто связана с длительным лечением и возможными осложнениями на протяжении всей жизни. Улучшение аспектов КЖ может способствовать улучшению адаптации пациентов с сердечно - сосудистой патологией.

Список литературы

1. Chen, H-Y. Health-related quality of life among adults with multiple chronic conditions in the United States, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2007 / H-Y. Chen, DJ. Baumgardner, JP. Rice // Prev Chronic Dis. - 2011 Jan; 8(1):A09.

2. Baumann, C. Health-related quality of life in French adolescents and adults: norms for the DUKE Health Profile / C. Baumann, ML. Erpelding, C. Perret-Guillaume, S. Gautier, A. Régat, JF. Collin // BMC Public Health. - 2011; May 27: 11: 401.

3. Hayes, DK. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in health-related quality of life among people with coronary heart disease, 2007 / DK. Hayes, KJ. Greenlund, CH. Denny, JR. Neyer, JB. Croft, NL. Keenan // Prev Chronic Dis. 2011 Jul;8(4):A78.

4. Hopman, WM. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status / WM. Hopman, MB. Harrison, H. Coo, E. Friedberg, M. Buchanan, EG. VanDenKerkhof // Chronic Dis Can. - 2009; 29(3):108-16.

5. Farin, E. Personality and the physician-patient relationship as predictors of quality of life of cardiac patients after rehabilitation / E. Farin, M. Meder // Health Qual Life Outcomes. - 2010; 8:100.

6. Hevey, D. Relationship of initial level of distress to changes in health-related quality of life during cardiac rehabilitation or usual care / D. Hevey, HM. McGee, J. Horgan // Psychosom Med. - 2007 Nov;69(8):793-7.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Лещина И.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Снижение уровня здоровья студентов на протяжении профессионального обучения, является одной из важных медицинских и социально-экономических проблем, в связи с неблагоприятным влиянием на эффективность их будущей профессиональной деятельности [1, 2]. Не вызывает сомнений важная роль социально-психологических факторов в формировании состояний психической дезадаптации и других расстройств психики у лиц, профессиональная деятельность которых сопровождается значительным нервно-психическим напряжением [3, 4, 5]. Изучение особенностей социально-психологических условий жизни и обучения студентов с учетом гендерных особенностей представляется важным для определения стратегии и тактики сохранения их психического здоровья, разработки психопрофилактических программ психических расстройств указанного контингента [1, 5, 6].

Вышеизложенное обусловило цель исследования: определить ведущие гендерные отличия социально-психологических факторов формирования состояний психической дезадаптации у студентов-медиков.

Нами проведено комплексное сплошное скрининговое обследование 832 студентов III-V курсов в возрасте от 18 до 26 лет (средний возраст -

20,22±0,058 лет) на базе Харьковского национального медицинского университета. Обследование осуществляли с помощью специально разработанной «Анкеты обследования студента».

Среди студентов-медиков большинство не имели вредных привычек. Так, 489 (58,77%) лиц не употребляли или очень редко употребляли спиртные напитки, а 613 (73,68%) не курили. При этом женщины чаще отмечали, что выпивают «очень редко», и составили большинство среди студентов, которые не курили.

Мужчины чаще, чем женщины, употребляли алкоголь «1-2 раза в неделю» и курили преимущественно сигареты с фильтром определенной марки. Они в большей степени получали удовлетворение от сигареты, считали курение привычкой, которую тяжело бросить, но, которая успокаивает, способствует общению, повышает настроение. Курение обеих родителей, друзей, к которому они терпимо относятся, и убеждение о совместимости курения и здорового образа жизни также чаще встречались у студентов мужского пола.

Обстановка в семье была благоприятной у 611 (73,44%) лиц, условия отдыха и обучения обследованного контингента - приемлемыми, а именно: сон крепкий или удовлетворительный отмечался у 752 (90,38%) студентов, продолжительностью 7-8 часов и больше - у 503 (60,46%) лиц. К занятиям регулярно готовились 537 (64,54%) студентов, бодрое и удовлетворительное самочувствие перед занятиями отмечали 735 (88,34%) обследованных, а после них - 661 (79,45%).

Вместе с тем обращают на себя внимание следующие данные: физической культурой не занимались 506 (60,82%) обследованных, 112 (13,46%) студентов имели физическую подготовку в пределах учебной программы; в общественной деятельности постоянно принимали участие лишь 55 (6,61%) студентов, эпизодически - 331 (39,78%) обследованных; в ночное время готовились к занятиям 646 (77,65%) лиц, из них регулярно - 300 (36,06%), а перед зачетом или модульным контролем - 346 (41,59%) студентов. При этом больше половины обследованных утверждали, что обучение требует определенного умственного напряжения из-за сложности учебного материала.

Кроме того, женщины чаще отмечали, что продолжительность их ночного сна составляет меньше 6 часов, обстановка в их семье была более благоприятной, но они реже занимались физической культурой. Мужчины наоборот в 1,8 раза чаще посещали спортивные секции, указывали на улучшение самочувствия после тренировок, хотя утверждали, что последние мешают обучению.

Следует отметить, что большинство студенток регулярно готовились к занятиям, в то время как мужчинам было свойственно изучение материала преимущественно перед зачетами и модульными контролями. Уровень самочувствия до- и после занятий у мужчин отличались от данных показателей у женщин: последние в большей степени чувствовали себя «удовлетворительно» до занятий и «плохо, (чувство вялости)» - после. Кроме того,

обучение «давалось легко» и требовало меньшего умственного напряжения у мужчин.

Таким образом, социально-психологические условия жизни и обучения студентов-медиков характеризуются значительным количеством достоверных отличий по гендерному признаку, что позволяет сделать вывод о необходимости дифференцированных по полу программ диагностики и профилактики реакций дезадаптации и психических расстройств указанного контингента.

Список литературы

1. Гавенко В.Л. Пограничные психические расстройства у лиц напряженного умственного труда / В.Л. Гавенко // *Експериментальна і клінічна медицина*. – 2000.- № 3.- С. 54-56.
2. Чуркин А.А. Клинико-динамические особенности формирования пограничных психических расстройств у учащейся молодежи / А.А. Чуркин, А.В. Берсенев // *Российский психиатрический журнал* – 2003. - № 5. – С. 21 - 24.
3. Хобзей М.К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М.К. Хобзей, П.В.Волошин, Н.О. Марута // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Том 18, вип. 3(64). – С. 10 - 14.
4. Синайко В.М. Особенности динамики психического состояния студентов медицинского ВУЗа / В.М. Синайко // *Український вісник психоневрології*. – 2001. – Том 9, вип. 2(27). – С.42 - 44.
5. Цивилько М.А. Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов / М.А. Цивилько., М.А. Ильина // *Вестник РУДН, серия Медицина*. – 2003. - № 5 (24). – С. 71-73.

САМООТНОШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ЛИЦ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: КРИТЕРИИ РАЗЛИЧИЯ. (В КОНТЕКСТЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ)

Литвиненко О.А.

Пятигорский филиал ГУЗ

«Кисловодская психиатрическая больница», г. Пятигорск, Россия

Наличие в наши дни широкого спектра психодиагностических методов и их грамотное применение позволяет клиническому психологу изучить особенности функционирования психических процессов, свойств эмоционально-волевой, мотивационной, личностной организации обследуемого, его интеллектуальный уровень и адаптационные способности. На основании полученных в эксперименте данных психолог должен сделать вывод о соответствии результатов так называемой психической норме (здоровью), либо же зафиксировать какие-либо от этой нормы отклонения.

При этом не всякие отклонения, ввиду всего многообразия и сложности психических болезней, будут свидетельствовать об их наличии (пограничные состояния, акцентуации характера).

Наряду с целесообразностью выбора диагностических инструментов, даже при соблюдении всех правил проведения диагностической процедуры, важно понимать, что любой используемый метод не может гарантировать абсолютную надёжность и достоверность в ста процентах случаев, например, по причине непредсказуемого эмоционального или соматического статуса человека в момент исследования. Ведь, как правило, психолог не имеет возможности наблюдать испытуемого в обычных условиях его жизни, чтобы судить о наличии изменений. Поэтому, надёжнее применять несколько различных методов для изучения одной и той же сферы, чтобы на основании их результатов составить наиболее верное представление о человеке. Одним из таких «контрольных» инструментов может служить изучение самоотношения человека. Этот метод исследования выступает своеобразной обратной связью для клинического психолога и в определённой мере способен подтвердить или опровергнуть его диагностические гипотезы. Кроме того, целью данного исследования выступает выявление различий в структуре самоотношения у больных шизофренией и психически здоровых людей.

Основываясь на работах исследователей данной темы, таких как В.С. Мерлин, И.С. Кон; С. Р. Пантилеев, В.В. Столин; И.И. Чеснокова, О. Лаврова, А.М. Колышко, самоотношение можно представить как эмоциональный компонент самосознания, отражающий «эмоционально-ценностное отношение личности» к самой себе, своим поступкам, принятию собственных решений, целостное принятие или непринятие себя, или отдельных сторон собственной личности. Этот компонент влияет на все сферы функционирования личности и определяет качество этого функционирования, а также, представляет собой явление динамичное, и может изменяться в течение жизни и под воздействием различных обстоятельств.

Известно, что у больных шизофренией, как правило, патологический процесс проявляется, в первую очередь, нарушениями мыслительной деятельности. Причем нарушаются как операциональный (искажение процесса обобщения), так и личностный компоненты (потеря целенаправленности, искажение саморегуляции, резонёрство, критичность, разноплановость). Так как рассматриваемому в данной статье приступообразному варианту течения шизофрении свойственно общее снижение или изменение психической деятельности, эта характеристика должна каким-либо образом коснуться и эмоционального звена самосознания. Относительно эмоциональной сферы вообще у больных шизофренией наблюдается «эмоциональная тупость, утрата дифференцированности эмоциональных реакций, их неадекватность» [3, 18]. Следовательно, самоотношение будет характеризоваться неадекватностью некоторых компонентов, что удалось зафиксировать в исследовании.

Наиболее широко отражающим феномен самоотношения человека психодиагностическим методом является «Опросник самоотношения», разработанный В.В. Столиным, который производит измерение по следующим шкалам: «глобальное самоотношение»; «самоуважение»; «аутосимпатия»; «ожидание положительного отношения»; «самоинтерес»; «самопринятие»; «саморуководство»; «самообвинение» [1, 81]. Рассмотрим немного подробнее те, которые имели различия в результатах тестирования здоровых людей и лиц с психиатрическим диагнозом.

Под «глобальным самоотношением» понимается ощущение «за» или «против себя», внутренний настрой человека на свою личность, свои поступки, чувства, действия в целом. Близка по содержанию, но имеющая более чувственный оттенок - «аутосимпатия» - рассматриваемая как «дружественность – враждебность к себе». Уже два эти показателя является маркером в эмоциональном отношении личности к своей фигуре на уровне «нравлюсь / не нравлюсь себе», «вызываю у себя добрые или враждебные чувства», что не представлено в большинстве личностных опросников в контексте изучения типологии личности.

«Самоинтерес» рассматривается автором как мера интереса к собственным мыслям и чувствам, «уверенность в своей интересности для других» [1, 80]. Здесь, наряду с эмоциями и чувствами к своей персоне добавляется так же, эмоция к своим возможностям быть занимательным для самого себя, эмоциональная оценка своих способностей [4, 118]. Характер этих эмоций во многом зависит прошлых значимых для личности взаимодействий и, соответственно, субъективной эмоциональной оценке этих взаимодействий. Человек был успешен в общении, испытывал положительные эмоции в процессе общения с авторитетными для себя людьми – он доволен собой, или же наоборот, испытывает ощущения «провала», непродуктивности коммуникативных актов – негативные эмоции и чувство неудовлетворенности, несостоятельности относительно себя, вследствие чего он делает вывод о том, что он не способен быть интересен другому. Либо же выполняет какое-то дело, которое люди могут оценить как интересное, увлекательное, либо противоположно – скучное, заурядное, или еще хуже глупое, бесполезное. В зависимости от их оценок человек делает вывод, что вызвать к себе интерес подобным или любым другим путем для него невозможно.

У больных шизофренией напротив, снижена потребность в межперсональных отношениях, в силу эмоциональной холодности, амбивалентности личностной привязанности, возникновения затруднений в желании раскрыться перед другими. А привычки, совершаемые действия либо скрываются, так как больной считает, что их не поймут, либо переоцениваются, выдаются за особые способности (чаще носят бредовое содержание).

«Ожидаемое отношение от других» - это то, какое отношение человек предвидит и ждет по отношению к себе, и насколько оно, как ему кажется, будет позитивным или негативным. Как пишет В.В. Столин об от-

ношении к себе в контексте самосознания: «самосознание трехголосо: оно предполагает переживаемое отношение к себе, отношение к другому человеку и воспринимаемое (или ожидаемое) отношение другого». Было бы ошибкой рассматривать этот показатель самоотношения отдельно от общества, в котором живет человек, от культуры этого общества. Кроме того, ожидаемое отношение будет зависеть от представления о своем месте в обществе, своем интеллектуальном уровне, финансовом и социальном положении. Так же следует упомянуть о психологическом понятии стереотипизации восприятия и таких психиатрических феноменах, как стигматизация психических болезней и самостигматизация, имеющих значительный смысл в формировании отношения к себе.

Стереотипизация может складываться как результат «обобщения личного опыта субъекта межличностного восприятия, к которому присоединяются сведения, полученные из книг, кинофильмов и т.п., запомнившиеся высказывания знакомых. При этом такие знания могут быть не только сомнительными, но и вовсе ошибочными, наряду с правильными заключениями могут оказаться глубоко неверные» [2, 240-241]. Так, человек, имея о себе конкретные представления, может приписывать себе качества, которые, как ему кажется, приобщают его к лицам, попадающим в группу конкретного стереотипа, и ожидает, что его к этой группе отнесут окружающие. И отношение окружающих людей будет к нему такое же, под стать этой группе.

В психиатрии существует специальный термин – стигматизация. Э.Гофман определил стигматизацию, как «предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него / них каких-либо особых свойств или признаков» [5, эл. ресурс]. И если в понятии «стереотип» закрепившееся мнение не имеет четко негативного характера, ведь стереотип может быть весьма безобидным, то стигматизация уже по определению обладает негативными свойствами. Наряду с этим, обращенная стигматизация личности на самого себя носит название самостигматизации. Существование дискриминирующего отношения к психически больным вряд ли кто-то возьмется отрицать, оно существует и порой принимает ярко выраженные формы: от насмешек и вплоть до жестокого обращения. Следовательно, больной не может избежать влияния стигмы, что вызывает у него формирование самостигматизации, отношения к себе, соответствующее принятому в данном обществе отношению ко всем психически больным.

Итак, самоотношение как здорового, так и больного человека изменяется в зависимости от обстоятельств, в которые он попадает. Его эмоциональная оценка себя напрямую связана с опытом успеха / неуспеха в самых разнообразных жизненных ситуациях: от высокоинтеллектуальных, до элементарных бытовых. При наличном диагнозе приступообразной шизофрении, это, в первую очередь, ситуация болезни. Относительно различий в структуре самоотношения у здоровых психически и людей с диагнозом шизофрения, приступообразно-прогредиентное течение, было прове-

дено исследование, «опросником самооотношения», разработанным В.В. Столиным, С.Р. Пантилеевым [6, эл. ресурс]. В опросе участвовали 25 пациентов с диагнозом шизофрения, приступообразно - прогрессирующее течение, галлюцинаторно-параноидный синдром, и 20 психически здоровых людей. Все испытуемые в возрасте (от 22 до 35 лет, при этом больные, состоящие на учёте в диспансере не более 1,5 лет). Были сделаны следующие выводы:

Даже в период, когда острая психопродукция уже отсутствовала, ответы больных шизофренией всё же свидетельствовали о том, что критичность мышления была снижена, самооценка неадекватно завышена, следовательно, и уровни составляющих самооотношения были достаточно высоки. Вот как оценивали себя больные и здоровые люди на предмет самооотношения (по интересовавшим нас шкалам):

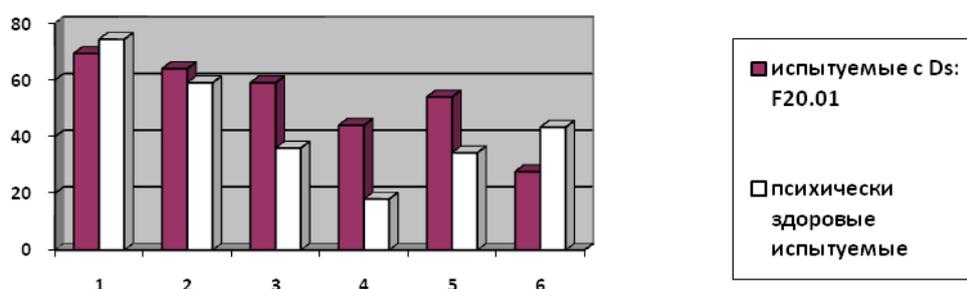


Рис. 1. «Глобальное самооотношение»; 2. «Аутосимпатия»; 3. «Ожидаемое отношение от других»; 4. «Самопоследовательность» (саморуководство); 5. «Самоинтерес»; 6.«Самообвинение».

Как видно на рисунке 1, глобальное самооотношение у больных и здоровых испытуемых сохраняется практически на одном уровне, но наблюдаются различия в составляющих самооотношения, в частности показательны ответы больных на вопросы по шкалам, представленным на диаграмме. На основании предпринятой попытки выявить различия компонентов самооотношения у больных и здоровых психически, можно составить среднюю характеристику обоих.

Итак, у здорового испытуемого при достаточно высоком «глобальном самооотношении», эмоциональном внутреннем настрое на свою личность как положительную в целом, имеет место тенденция надеяться на себя, без ожидания повсеместной посторонней помощи с расчетом на свои силы и внутренним локусом контроля, обвинением себя в неудачах и промахах. При этом здоровые люди эмоционально ценят себя как способных к саморегуляции и являются в среднем достаточно интересной персоной для самого себя. В свою очередь у больных шизофренией при таком же выраженном положительном «глобальном самооотношении» и хорошим уровне «аутосимпатии» регистрируется в среднем внешний локус контроля, низ-

кий уровень самообвинения, и высокие ожидания от окружающих людей, в качестве помощи и положительного отношения.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что в структуре самоотношения больных и здоровых людей имеются различия, тенденции которых отмечены в данной статье, хотя, несомненно, проблема требует дальнейшей разработки. Изучение самоотношения в клинико-диагностической работе клинического психолога может выступать как один из методов патопсихологического эксперимента, являясь своеобразной обратной связью от больного на результаты других методик изучения эмоционально-волевой, личностной сфер, не занимая при этом значительного количества времени. И, в перспективе, в качестве подтверждения изменений эмоциональной сферы при шизофреническом процессе.

Список литературы

1. Колышко А.М. Психология самоотношения: Учеб. пособие / А.М. Колышко. - Гродно: ГрГУ, 2004. С. 81.
2. Немов Р.С. Психология: Словарь-справочник: В 2 ч. Ч. 2. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. - С. 240-241.
3. Пушкина Т.П. Медицинская психология. / Новосибирск Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996. С. 18.
4. Столин В.В. Самосознание личности. / М.: Издательство Московского университета, 1983. С. 118.
5. Опросник самоотношения/ В.В. Столин, С.Р. Пантилеев (электронный ресурс: www.gurutestov.ru/test/121/ - последнее обновление – 13.10.2011).
6. Peter Вурне Сигматизация психических заболеваний и пути её преодоления. (электронный ресурс) <http://www.psyobsor.org/1998/> - последнее обновление: 12.10.2011).

ОСОБЕННОСТИ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ВОЗРАСТНЫХ КРИЗИСОВ

Литовкина Н.И.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Проблема конфликтов является фундаментальной для психологической науки. Противоречия, конфликты, кризисы, переживаемые человеком, являются источником развития личности, определяют ее конструктивный или деструктивный жизненный сценарий.

Не меньшую роль они играют и в социальной жизни человека, как в его интерперсональных отношениях, так и в межгрупповом взаимодействии. Таким образом, проблема конфликта проходит через разные области психологического знания.

Слово «конфликт» происходит от латинского *conflictus* — столкновение. Понятие конфликта принадлежит как обыденному сознанию, так и науке, наделяющей его своим специфическим смыслом.

В психологии понятие конфликта также применяется достаточно широко, фактически адресуясь к весьма разнородным явлениям. Например, «конфликт используется для описания поведения групп, которые идут одна против другой, соперничества между индивидами и субъективной неопределенности внутри индивида» [3].

Конфликтом называют межличностные трудности и внутриличностные переживания и кризисные явления, предмет психотерапевтической работы и столкновение алгоритмов решения учебных задач у ребенка и др.

На основании различий конфликтующих сторон выделяют следующие виды конфликтов: внутриличностные, межличностные, межгрупповые и внутригрупповые конфликты.

Ситуационные подходы в изучении конфликта представлены, прежде всего, бихевиористской традицией.

Если речь идет о конфликтном поведении или взаимодействии, то источники его происхождения можно обнаружить, прежде всего, при помощи анализа факторов ситуации. Тем самым конфликт превращается в явление ситуационной природы. Конфликт как форма агрессивного ответа на внешнюю ситуацию.

Социально-психологические конфликты в рамках концепции фрустрационной детерминации агрессии понимаются, прежде всего, как особая форма агрессивного ответа (прямо или косвенно проявляемого, сдерживаемого или подавляемого, направленного на причину агрессии или смещенного на другой объект) на фрустрирующую ситуацию, причем первоначальное представление о фрустрации как о препятствии в достижении желаемого расширяется вплоть до того, что фрустрирующей начинает считаться ситуация, когда, например, индивид становится свидетелем агрессии, направленной на кого-то другого [4].

Самым значительным именем среди тех, кто сделал ситуационную природу конфликта предметом основного внимания и экспериментального анализа, является М. Дойч, ученик и младший коллега К. Левина, чьи исследования в области социальной психологии групп оказали на него огромное влияние. Левин считал важнейшей характеристикой группы систему взаимозависимостей и взаимодействий между ее членами. Именно эти характеристики социальных отношений стали основным предметом многолетних исследований Дойча [4].

Первое обоснованное деление онтогенеза на отдельные возрасты дал в отечественной психологии П.П. Блонский. Он же обращает внимание на особые - переходные - возрасты и подчеркивает, что эти так называемые «переходные возрасты» представляют в педагогическом отношении трудности. Нередко их называют также критическими возрастами. Название «критический возраст» утвердилось прочнее всего за возрастом полового

созревания. П. П. Блонский указывает на неустойчивость нервной системы и неуравновешенное, немотивированное поведение детей в критические периоды.

Развитие ребенка происходит непрерывно только некоторое количество времени, после которого происходит скачок в развитии ("кризис"). Поэтому, действительно, непрерывная кривая дает неверное представление о ходе развития ребенка, которое идет временами непрерывно, а временами в определенные моменты имеет известную прерывность, т.е. делает скачки.

Характеризуя кризис, Л.С. Выготский подчеркивает, что развитие ребенка принимает бурный, стремительный, иногда катастрофический характер и напоминает революционное течение событий как по темпу происходящих изменений, так и по смыслу совершающихся перемен [3].

На основании эмпирических данных Л.С. Выготский выделяет следующие критические периоды: кризис новорожденности, одного года, трех лет, семи лет, тринадцати лет (подростковый), кризис семнадцати лет (юношеский). В настоящее время подростковый кризис относят к одиннадцати-двенадцати годам, юношеский - к пятнадцати (по периодизации Д.Б. Эльконина).

В кризисные периоды ребенок в относительно короткий промежуток времени меняется весь целиком, причем изменения, о которых идет речь, не латентные, а определенно заметные окружающим.

Внешние поведенческие особенности кризисов следующие:

- границы, отделяющие начало и конец кризисов от смежных возрастов, крайне неотчетливы. Кризис возникает незаметно, его начало трудно диагностировать;

- как правило, в середине кризисного периода наблюдается его кульминация, наличие этой кульминационной точки отличает критический период от других;

- отмечаются выраженные особенности поведения ребенка; дети как бы выпадают из системы педагогического воздействия, обнаруживается падение школьной успеваемости, интереса к занятиям. Возможны острые конфликты с окружающими; со стороны внутренней жизни - болезненные и мучительные конфликты и переживания [6].

Сами происходящие изменения относительны. Ребенок становится иным по отношению к самому себе прежнему.

Выготский выделяет в качестве центрального кризиса одного года новообразования речь и указывает на динамику в области аффективной сферы [4]. Характеризуется тем, что любая конфликтная ситуация вызывает одинаковую реакцию.

При описании поведенческих симптомов кризиса одного года всегда указывают и на гипобулические реакции - яркие эмоциональные взрывы, проявляющиеся в том, что ребенок, требуя желаемого, громко кричит, может броситься на пол, плакать, топтать ногами. Эти реакции «не дифференцированы по воле и аффекту». Гипобулические реакции объясняются тем,

что с возникновением автономной речи появляются «трудности взаимного понимания».

Л.И. Божович дает аффективно заряженным представлениям название «мотивирующие представления», полагая их центральным новообразованием первого года жизни. Их появление принципиально изменяет взаимоотношения ребенка с окружающей действительностью, превращает его в субъект, хотя он еще этого и не осознает. Л.И. Божович делает вывод о том, что прямое подавление потребностей, связанных с мотивирующими представлениями, «является причиной фрустрации ребенка», обуславливающей всевозможные негативные формы поведения [1].

Кризис трёх лет характеризуется различием в реагировании на конфликтную ситуацию, это связано с тем, что ребёнок начинает мотивировать свои поступки не содержанием самой ситуации, а отношениями с другими людьми.

Выготский выделяет в кризисе трёх лет «семизвездье симптомов»: негативизм, упрямство, строптивость, своеволие, протест-бунт, обесценивание, деспотизм.

Благодаря изменениям социальных отношений ребенка, его аффективной сферы, того, что затрагивает самые сильные, глубокие переживания, ребенок вступает в целый ряд внешних и внутренних конфликтов. Это часто служит причиной невротических реакций детей, например, энурезы, ночные страхи, заикания, обострения негативизма и упрямства вплоть до гипобулических припадков [2].

Яркий пример конфликтного поведения ребёнка, переживающего кризис трёх лет, выражается в том, что ребёнок отказывается делать что-то потому, что это предлагает делать кто-то из взрослых. Данный конфликт возникает из-за протеста ребенка, требующего самостоятельности, переросшего те нормы и формы опеки, которые сложились в раннем возрасте.

Такие новообразования, как самолюбие, самооценка, остаются, а симптомы кризиса (манерничанье, кривлянье) преходящи. В кризисе семи лет благодаря тому, что возникает дифференциация внутреннего и внешнего, что впервые возникает смысловое переживание, возникает и острая борьба переживаний. Внутренняя борьба (противоречия переживаний и выбор собственных переживаний) становится возможной.

Ребенок как бы играет некоторую социальную роль, роль взрослого. Ребенок демонстративно в присутствии близких взрослых в привычных ситуациях действия отстаивает свои новые права и проверяет свои новые возможности.

Дети со сформировавшейся заранее позицией школьника обнаруживают желание идти в школу, стремясь занять новое положение среди окружающих, дошкольная деятельность уже перестает их удовлетворять, они стремятся к признанию своей новой социальной позиции. Однако реальное положение ребенка до школы в семье, отношение к нему как к маленькому вызывает протест. Эта конфликтная ситуация возникает пото-

му, поведение перестает быть сиюминутным, оно опосредуется обобщенным переживанием, в частности, представлением о собственных возможностях.

В подростковом возрасте встает новая задача развития - формирование целостной идентичности. Формирование идентичности (кризис идентичности) требует иногда от человека переосмысления своих связей с окружающими, своего места среди других людей. Особенно важна реструктуризация отношений с родителями, поскольку взрослеющий человек не может далее довольствоваться ролью опекаемого и управляемого.

Кризис подросткового возраста в отличие от кризисов других возрастов более затяжной и острый, так как в связи с быстрым темпом физического и умственного развития у подростков возникает много таких актуально действующих потребностей, которые не могут быть удовлетворены в условиях недостаточной социальной зрелости школьников этого возраста [6].

В подростковом возрасте проявляются следующие виды конфликтных ситуаций: семейные конфликтные ситуации, конфликт с самим собой, конфликты со сверстниками, конфликты со значимыми взрослыми.

Внезапно обостряющаяся потребность в автономии и самоопределении обычно ведёт к некоторому конфликту внутри семьи или, по меньшей мере, к усилению потребности обсудить с родителями трудные вопросы. Семья очень сильно влияет на подростка, даже если прежние хорошие отношения могут становиться в ряде случаев натянутыми.

Большинство конфликтов возникает по таким заурядным проблемам, как работа по дому, режим дня, свидания, отметки, внешний вид и поведение за столом. Конфликты между родителями и детьми по поводу основных экономических, религиозных, социальных или политических ценностей редки [5].

В процессе идентификации подростка возникает внутренний конфликт или конфликт с самим собой, к которому приводят споры с самим собой, самопознание, самоутверждение и самореализация. Внутриличностный конфликт может возникнуть при низкой удовлетворенности жизнью, друзьями, учебой, отношениями со сверстниками, малой уверенностью в себе и близких людях, из-за стрессов.

Внутренний конфликт проявляется у подростка впадением из крайности в крайность. То он рассуждает и ведет себя как совершенно взрослый, умудренный опытом человек, то, вдруг, безо всякой видимой причины превращается в инфантильного, капризного ребенка. То он готов принимать решения и ответственность по очень серьезным вопросам (и требует, чтобы ему позволили это делать), то оказывается абсолютно безответственным в давно обговоренных вещах. Вдруг начинают меняться привычки, поведение становится абсолютно другим, манера разговаривать, мимика, жесты, поведение — все меняется. Появляются новые интересы, которым подросток отдается целиком, но вскоре быстро остывает и увлекается чем-то новым — как правило, под влиянием сверстников [6].

Конфликты между ровесниками часто связаны с соперничеством и партнёрством. Мальчики соперничают за лидерство в группе, за успехи в физической и интеллектуальной деятельности. У девочек конфликты возникают преимущественно из-за соперничества за благосклонность более старших представителей противоположного пола.

Сильное стремление к автономии, к отделению от родительского дома, потребность в самопознании и самоопределении порождает у большинства молодых людей недоверие к общественным институтам. Протест против авторитетов возникает в результате взаимодействия существующих в обществе ограничений и типичной для молодого возраста склонности к конфликтам. По отношению к учителям могут возникнуть протест, отказ заниматься и добиваться успехов. Такое поведение встречается и у способных и у критически настроенных молодых людей, чьё выраженное стремление к успеху сталкивается с неблагоприятными перспективами на будущее [7].

Причиной конфликтов является фрустрация, которая неизбежно возникает в кризисные периоды жизни личности.

Список литературы

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности // Избр. психол. тр. - М.; Воронеж, 1995.
2. Выготский Л.С. Кризис трех лет. Вопросы детской психологии. СПб., 1997.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6 т. - М., 1984. - Т. 4.
4. Гришина Н. В. Психология конфликта. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008.
5. Крайг Г. Психология развития. - СПб., 2000.
6. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2000.
7. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности: Пер. с нем. – М.: Мир, 1994.

АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ЛЕЙКЕМИЯ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В СОЦИУМ

Малева М.В., Тонконог И.С.

Шуйский государственный педагогический университет,
г. Шуя, Россия

Ухудшение экологической обстановки, высокий уровень заболеваемости родителей (особенно матерей), ряд нерешенных социально-экономических, психолого-педагогических и медицинских проблем способствуют увеличению числа детей с ограниченными возможностями, делая эту проблему особенно актуальной.

При онкологическом заболевании кризисные ситуации могут возобновляться или прерываться более или менее длительными периодами стабилизации, во время которой производится реабилитация больного. Особенности методов лечения в сочетании с возрастными и межличностными особенностями ребенка ведут к возникновению изменений сначала в физическом, а затем и в психическом его состоянии.

Можно сказать, что эти болезни, несомненно «оставляют свой след» на поведении ребенка, его отношениях с окружающими и в других сферах его жизни, создавая определенные «барьеры» на пути детей-инвалидов и их семей к нормальной жизни, к их интеграции в общество.

Часто в силу своих заболеваний такие дети не могут вести активный образ жизни, сверстники могут избегать общения с ними и включения их в свои игры. Возникает ситуация рассогласованности между необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребенка и невозможностью ее полноценной реализации. Социальная депривация углубляется за счет длительного пребывания ребенка в специальных стационарах, санаториях, где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. Следствием этого является задержка развития социальных и коммуникативных навыков, формируются недостаточно адекватное представление об окружающем мире у больного ребенка [1, с. 59].

Для нас было очевидным, что речь в данном случае должна идти о реабилитации не только самого ребенка, но семьи в целом – то есть, о семейной реабилитации. Тяжелая и долгая болезнь ребенка наносит удар по семье в целом.

Согласно общемировой практике, дети с лейкемией госпитализируются вместе с одним из родителей. Это обусловлено длительностью и тяжестью лечения. Поэтому они постоянно находятся рядом со своими детьми на всем их крестном пути: во время капельниц, которые стоят у них по неделе; у кроватей, когда наступает глубокая лейкопения и они вместе с ними запираются в боксе; встречаются у дверей процедурной комнаты после спинномозговых пункций. Они досконально знают особенности и детали лечебного процесса. Поэтому в любой своей деятельности они могут подробно рассказать о том, что и почему необходимо их сыновьям или дочкам [2, с. 41].

Для нас, как будущих социальных педагогов и, особенно, как представителей молодого поколения, проблемы детей с данным заболеванием, а также их социально-педагогической адаптации являются самыми актуальными. В рамках решения данной проблемы нами был разработан проект «Адаптация и реабилитация детей с диагнозом лейкемия и их родителей в социуме», как одна из мер социальной поддержки детей на региональном уровне.

Целью данного проекта является оказание социально-педагогической и психологической помощи детям с онкозаболеваниями и их семьям, в первую очередь, матерям.

Задачи: 1) создание родительской группы самопомощи; 2) проведение индивидуальных консультаций с детьми, родителями и сотрудниками детского отделения онкологического диспансера; 3) проведение групповых тренингов и организация работы телефона доверия для детей и их семей; 4) создание странички на сайте ШГПУ «Лейкемия: диагноз или приговор» (для детей больных лейкемией) и ведение на сайте вопросов и ответов по психологическим проблемам онкологии; 5) помощь в трудоустройстве родителей онкобольного ребенка; 6) привлечение внимания общественности к данной проблеме; 7) формирование необходимых знаний психолого-педагогических основ работы с данными детьми.

В ходе реализации данного проекта планируется привлечение волонтерской помощи, то есть должны быть задействованы студенты 3-5 курсов вузов Ивановской области по соответствующему профилю профессиональной подготовки, а именно: специалист социальной работы; педагог-психолог; психолог; социальный педагог; юрист; медицинский работник.

Принципами организации деятельности в рамках проекта являются: принципы организации деятельности в рамках проекта; принцип добровольности; принцип самоуправления; принцип равного участия во всех направлениях деятельности; принцип опоры на профессиональную креативность студентов; принцип развития профессионально-ориентированных личностных качеств волонтеров.

Результатом выполнения проекта станет оказание непосредственной помощи детям и их семьям Ивановской области, проходящим лечение и наблюдающимся в Детском онкогематологическом центре. Предполагается просвещение по психологическим проблемам специалистов, непосредственно работающих с детьми, и широкой общественности.

Уникальность проекта состоит в том, что он даст возможность проработать механизмы существенного влияния на повышение эффективности лечения за счет социально-педагогической и психологической помощи.

Групповая работа с родителями поможет им выработать адекватное отношение и оптимальный подход к ребенку, преодолеть чувство вины, ощущение бессилия перед лицом болезни.

Групповая работа с детьми и подростками даст возможность ребятам поговорить о своих тяжелых переживаниях, страхах, помочь справиться с затруднениями, поделиться друг с другом опытом преодоления страхов, проработать их в рисунках, играх, научиться делиться этими чувствами друг с другом и родителями. В этой работе будут использоваться такие методы как «Клоунотерапия», «Арттерапия» и «Сказкотерапия» в оказании помощи как детям, так и взрослым. В детстве и юности закладываются манеры и особенности поведения, формируется взгляд на мир, выявляются пристрастия. Развитие художественных способностей особым образом совершенствует их личность, восприятие, самосознание, интеллект и коммуникативные возможности. Художественное творчество используется и как средство объединения детей с ограниченными способностями т.к.

здесь важно только наличие дара, через который общность между детьми проявляется быстрее.

Социально-педагогическая помощь детям на основе нейрофизиологической и психологической диагностики детей в стадии ремиссии будут разработаны индивидуальные рекомендации для родителей и педагогов по выбору программ и режима обучения.

Достижение поставленных целей планируется посредством реализации трех основных этапов: больничное лечение, поддерживающая терапия и длительный период после окончания лечения.

В качестве основных направлений (разделов) деятельности в рамках проекта мы выделяем следующие:

1. Психологическая и педагогическая служба помощи и реабилитации. Очевидна необходимость создания системы оказания постоянной психологической помощи семьям онкобольных детей. Отделения данной системы должны существовать при городских управлениях по делам молодёжи, семьи и спорта. Наконец, крайне значима совместная работа с социальным педагогом, психологом в области социально-психологических проблем детей. Пять дней в неделю с ребятами занимается педагог-воспитатель. Они рисуют, мастерят, играют.

2. Обеспечение семейного единства. Заболевание ребёнка раком является кризисным моментом в существовании семьи, который практически всегда приводит к тем или иным осложнениям в отношениях между её членами (самим ребёнком, его родителями, братьями и сестрами, другими членами семьи), а в ряде случаев – к её распаду. Предотвращение таких ситуаций и смягчения прохождения семьи онкобольного ребёнка через кризис является неотъемлемой составной частью семейной социальной реабилитации.

3. Поиск необходимых медикаментов и средств на их приобретение. Поток гуманитарной помощи из клиник Германии, начавшийся ещё в 1991 году, сейчас практически иссяк. Поэтому, надо наладить это [3, с. 81].

4. Выставка – продажа картин художников, а также ярмарку рисунков и поделок детей больных лейкемией.

5. Обмен опытом с другими подобными организациями, а также гематологическими клиниками по всему миру. Это становится возможным – появился выход в Интернет. Создание собственной странички в Сети на русском и английском языках.

6. Работа с родителями, впадающими в депрессию, и с уставшими, измотанными врачами, которые испытывают тяжелейшие душевные перегрузки, передавая детям свою силу, доброту, уверенность, а потом ломающие голову: чем их лечить, если лекарств нет?

Каждое из этих направлений имеет три этапа своей реализации, каждый из которых имеет свои специфические особенности: период нахождения ребёнка в стационаре; период поддерживающей терапии; период длительной реабилитации.

1. Период стационарного лечения (около 9-12 месяцев). Организация педагогической и психологической службы в детских отделениях: с детьми; с родителями и семьями; с медперсоналом.

2. Период поддерживающей терапии (длительность около 2-х лет). Проходит в домашних условиях. В силу особенностей химио- и лучевой терапии иммунитет у ребенка в этот период значительно ослаблен. Вынужденная социальная изоляция.

3. Период длительной реабилитации (после окончания курса поддерживающей терапии). Продолжение психологической поддержки. а) Индивидуальные посещения семей нуждающихся. Групповые занятия.

Несмотря на трудности, которые могут встретиться на пути реализации нашего проекта (моральные, материальные и физические затраты), мы верим в то, что наш проект окажет положительное влияние на духовность и нравственность нашего общества, пробудит в людях чувство милосердия, человеколюбия, стремления помочь ближнему.

И мы надеемся, что результатом нашей деятельности станет: оказание непосредственной помощи детям и их семьям Ивановской области, проходящим лечение и наблюдающимся в Детском онкогематологическом центре; просвещение по психологическим проблемам специалистов, непосредственно работающих с детьми; просвещение широкой общественности по данной проблеме.

Список литературы

1. Боровая, Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей. // Социально-педагогическая работа. – 1998. - № 6. – С. 59 – 63.

2. Гимельштейн, Е.Э., Мицкевич, Л.Н., Ящук, Е.С. Реабилитация онкобольного ребенка в детском саду. // Социально-педагогическая работа. 1998. № 6. – С. 41-44.

3. Гуровец, А.А. Опыт оказания психосоциальной помощи онкологически больным детям и их родителям в Королевстве Норвегия. // Социально-педагогическая работа. – 1998. - № 5. – С. 81-90.

ОЦЕНКА ПРИЧИН ТРЕВОЖНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Масалева И.О.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Эхолецистэктомия (ЭСХЭ) нередко выполняется при хроническом холецистите [6]. В ситуации ожидания операции активизируются тревожные переживания, возникают негативные эмоции, обусловленные социаль-

ными аспектами ситуации. Для купирования тревоги предложен большой спектр медикаментозных и немедикаментозных средств, однако у пациентов с холециститом эти меры имеют эпизодический характер и нуждаются в уточнении направленности («адреса») тревожных и негативных ожиданий [5].

Опыт консультирования в хирургических отделениях показывает, что пациентки, подвергающиеся ЭСХЭ, не получают противотревожных препаратов, за исключением последних суток перед оперативным вмешательством или инъекций бензодиазепинов перед сном.

Цель работы – оценка характера, глубины и частоты тревожности и негативных эмоций у пациенток хирургического отделения с холециститом, ожидающих ЭСХЭ.

Материал и методы: на базе Курской областной клинической больницы нами обследовано 106 пациенток хирургического отделения с неосложненным калькулезным холециститом до и после ЭСХЭ.

Критерии включения: возраст 20-65 лет, хронический калькулезный холецистит, ЭСХЭ: пред- и ранний послеоперационный периоды. Исключались больные под наблюдением невролога; с язвенной болезнью, с черепно-мозговыми травмами в анамнезе, с гипертонической болезнью, ишемическая болезнь сердца, операциями в анамнезе.

Для оценки направленности и глубины тревожных переживаний нами был применен специально разработанный опросник «Причины тревожных переживаний до и после холецистэктомии» (далее – ПТП). Опросник содержит утверждения, разделенные на 2 части для пред- и послеоперационного периодов ЭСХЭ [5]. Утверждения определялись по итогам предварительной углубленной беседы с 20 пациентками, направленной на оценку их психоэмоционального статуса.

Для оценки частоты и выраженности возможных депрессивных проявлений как причины тревожных расстройств у 106 пациенток пользовались Шкалой депрессии центра эпидемиологических исследований CED-S (CenterforEpidemiologicalStudiesDepressionScaleCES-D) [8].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программных пакетов STATISTICA v.6.0 и Microsoft Office Excel - 2007.

Результаты. При опросе в предоперационном периоде пациентки не предъявляли активных жалоб, указывая лишь на нерезко или умеренно выраженные головные боли (в 82% случаев) и нарушения сна (в 73% случаев). Однако, заполняя опросник, они сообщили о широком спектре тревожных переживаний.

На первом месте у ожидающих операции пациенток (90%) – тревога по поводу отсутствия уверенности в существенном улучшении самочувствия после операции; это говорит о недостаточной мотивировке оперативного вмешательства для пациентки, в том числе и со стороны лечащего врача.

На втором-третьем местах (82%) - следовая реакция переживания неуспешности консервативного этапа лечения (нелогичная в ситуации

психологической концентрации больного на предстоящей операции). Психологические особенности больных можно описать как «...почему именно мне не помогает лечение, которое помогает другим избежать операции?». Также на втором-третьем месте находятся переживания, связанные с опасением не справиться с работой, потерять работу, иметь неприятности на работе по поводу длительной временной нетрудоспособности.

Четвертое-пятое места (73%) разделили тревога, обусловленная страхом смерти при оперативном вмешательстве с отсутствием гарантий существенного улучшения самочувствия (выздоровления) после операции («оправдан ли мой риск?»), а также возможность испытать болевые ощущения при операции.

На шестом месте (у 68% пациенток) – переживания, обусловленные предстоящей утратой органа – желчного пузыря, с опасением за состоятельность пищеварительной функции, а также чисто психологический феномен, обусловленный неготовностью представить свою жизнь после операции без одного из органов.

Далее расположились причины, встречающиеся менее чем у 2/3 пациенток. Вместе с тем возможные или реальные сложности в финансовой сфере, связанные с пребыванием в больнице, предстоящей операцией, трудоспособностью беспокоят достаточно значительную долю контингента, ожидающего операцию, - 55%. После операции процент таких опасений существенно снижается и составляет 18% ($p < 0,05$), что указывает на ситуационное преувеличение ожидаемых сложностей.

Безадресная тревога встречается в 36% случаев и находится на 8-м месте. Первые места отведены причинам, четко очерченным и имеющим социальные или соматоневрологические корни.

Вместе с тем доля лиц с беспокойством по поводу возможных проблем с работой и опасениями, что перенесенная операция не приведет к существенному, коренному улучшению их самочувствия, к моменту выписки больных из стационара не понизилась.

В то же время, к моменту выписки из стационара, достоверно повысилась доля пациенток с немотивированным, безадресным ощущением тревоги – с 36 до 64% ($p < 0,05$). Это обстоятельство представляет собой возможную основу для развития соматоформных расстройств и утраты трудоспособности, не обусловленных основным заболеванием. В связи со значительной долей таких случаев после ЭСХЭ целесообразен анализ психологических особенностей этого контингента с выработкой рекомендаций по предупреждению психовегетативных нарушений, посттравматического стрессового расстройства.

Высокий уровень тревожности и очевидные психологические особенности пациенток с хроническим холециститом, перенесших операцию ЭСХЭ, вероятно, могут объяснить высокий процент больных (82%), опасяющихся рецидива заболевания.

Анализ данных указывает, что именно страх перед будущей возможной болью и неизвестность жизни без внутреннего органа определяют са-

моощущение у половины всех ожидающих операцию. Справляться с этими патопсихологическими феноменами, с отсутствием четких гарантий решения всех проблем в результате операции, на наш взгляд, крайне сложно. Необходимо привлечение внимания психотерапевтов, медицинских психологов, а может быть, и психиатров к решению указанной проблемы. По нашим данным, почти каждая 10-я пациентка в Опроснике указала на крайнюю степень озабоченности возможными болевыми ощущениями «Только об этом и думаю». Думаю – не значит «говорю», выносить на обсуждение с лечащим врачом эту тему большинству стыдно, тем более в окружении других больных. Тем важнее решать эту проблему в комплексе. Опросник в этом плане может быстро предоставить дополнительную «информацию для размышления» лечащему врачу.

Ситуация ожидания ЭСХЭ, несмотря на очевидные достоинства этого метода (малая травматичность, короткий восстановительный период), сопровождается четкими нарушениями психоэмоциональной сферы, широким спектром адресов для возникновения тревожных переживаний. Послеоперационный период также характеризуется наличием тревожных переживаний, имеющих конкретную модальность, а также появлением безадресной, немотивированной тревожности.

Переживания в предоперационном периоде логично объяснять предоперационным стрессом, астенизацией в результате предшествующего болевого синдрома.

По данным опросника CES-D, доля пациенток с депрессивными проявлениями (≥ 19 баллов) в основной группе до операции составляла 62%; а после операции – 34%. Таким образом, частота депрессивных нарушений после операции снизилась почти в 2 раза, что не сопровождалось снижением тревожных расстройств по основным утверждениям. Следовательно, депрессивные проявления не должны были играть заметной роли в генезе выявленной тревожности.

Особенности послеоперационного периода могут быть связаны с негативным влиянием на центральную нервную систему ингаляционных и инъекционных анестетиков в ходе наркоза, оперативного вмешательства – лапароскопии, холецистэктомии, а также операционной травмы [1, 7].

Высокую частоту тревожных проявлений у пациенток до и после ЭСХЭ нужно рассматривать и в связи с современными представлениями о развитии холецистита на фоне дисплазии соединительной ткани, сопряженной с особенностями обмена веществ [2]. Условия для заболевания гепатобилиарной зоны формируются в раннем онтогенезе под влиянием перинатальной патологии и в подростковом возрасте [3, 4]. Это может служить дополнительными факторами риска психоэмоциональной неустойчивости в условиях предоперационного стресса.

Выводы: в предоперационном периоде у большинства больных с хроническим холециститом в ожидании ЭСХЭ регистрируется высокий уровень тревожных переживаний разномодальной направленности с конкретными формами (адресами) - соматическими, психологическими, соци-

альными [5]. В ближайшем послеоперационном периоде, наряду с сохранением основного спектра тревожных переживаний, существенно повышается частота немотивированной, безадресной тревоги и опасений рецидива болезни, что создает риск развития психовегетативного синдрома, соматоформных расстройств.

Высокая частота выявленных тревожных переживаний и их характер указывают на целесообразность пересмотра алгоритма ведения больных хроническим холециститом, направляющихся на операцию ЭСХЭ, с привлечением психокоррекционных методов, психологического сопровождения в пред- и послеоперационном периодах.

Использование разработанного нами Опросника снимает поведенческий стереотип, осуждающий жалобы на немотивированный страх, страх боли и другие негативные моменты предоперационного периода. Это позволяет выявить и купировать тревогу в пред- и послеоперационном периоде ЭСХЭ.

Список литературы

1. Давыдов В.В., Неймарк М.И. // «Анестезиология и реаниматология», 2004. - № 4. - С. 37-40.
2. Евтушенко С.К., Лисовский Е.В., Евтушенко О.С. Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение). Руководство для врачей. – Донецк, 2009. – 372 с.
3. Злочевская С.Н. Функциональное состояние гепатобилиарной системы у детей первых трех лет жизни с перинатальным поражением ЦНС: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – РнД, 1996. – 24 с.
4. Ивкина С.С. Состояние вегетативной и сердечно-сосудистой систем у детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта в условиях инкорпорации радиоцезия: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 21 с.
5. Масалева И.О. Причины тревожных переживаний у больных хроническим холециститом до и после эндоскопической холецистэктомии // *Фундаментальные исследования*. - 2011. - № 9. – С. 270-274.
6. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М., 2003. – С. 143-149.
7. Шнайдер Н.А., Шпрах В.В., Салмина А.Б. Постоперационная когнитивная дисфункция (диагностика, профилактика, лечение). – Красноярск, 2005. – 95 с.
8. Radloff L.S. // *Appl. Psychol. Meas.*, 1977. – Vol.1 – P. 385—401.

МЕНТАЛЬНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ИСТОРИИ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Маркова Е.С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Сиротство - социальное явление, обусловленное наличием в обществе детей, родители которых умерли, а также детей, оставшихся без попечения родителей вследствие различных социальных факторов. К ним могут быть отнесены: лишение родительских прав обоих родителей либо единственного родителя, признание в установленном порядке родителей недееспособными, безвестно отсутствующими и т.д. Сюда также относят детей, родители которых не лишены родительских прав, но фактически не осуществляют какой-либо заботы о своих детях и в установленном законом порядке дали согласие на их усыновление (удочерение). Сиротство, как социальное явление существует столько же, сколько существует человечество, и является неотъемлемым элементом цивилизации.

У детей, оставшихся без попечения родителей, как и у всех детей, независимо от того, есть ли у них семья или нет, существует свой жизненный путь, своя история жизни и ее ментальная репрезентация.

В современной психологической науке такие явления, как характер, жизненная направленность (смысл жизни, жизненная философия, «линия жизни»), талант и жизненный опыт, можно объединить в понятии «жизненный путь человека». «Человек лишь постольку и является личностью, поскольку он имеет свою историю» [3, 684].

Жизненный путь — «это история формирования и развития личности в определенном обществе, современника определенной эпохи, сверстника определенного поколения» [1, 104-105].

Ментальная репрезентация - это актуальный умственный образ того или иного конкретного события (то есть субъективная форма «видения» происходящего). Иными словами, ментальные репрезентации являются оперативной формой ментального опыта, они изменяется по мере изменения ситуации и интеллектуальных усилий субъекта, являясь специализированной и детализированной умственной картиной события [4, 98].

Качественный скачок в интеллектуальном росте ребенка связан с развитием символической функции и, как следствие, с переходом к познавательному отражению на уровне построения ментальных репрезентаций (на основе формирования операциональных структур, характеризующих способность манипулировать в уме отдельными элементами впечатлений, знаний, наличных когнитивных схем). В свою очередь, чем более совершенны репрезентационные возможности детского интеллекта, тем более инвариантны представления ребенка о мире [2, 157].

Знания и репрезентация играют разную роль в организации интеллектуального отражения.

Два базовых требования к (форме) ментальной репрезентации:

«Во-первых, это всегда порожденная самим субъектом ментальная конструкция, формирующаяся на основе внешнего контекста (поступающей извне информации) и внутреннего контекста (наличной у субъекта информации) за счет включения механизмов реорганизации опыта: категоризации, дифференциации, трансформации, предвосхищения, перевода информации из одной модальности опыта в другую, ее селекции и т.д.

Во-вторых, это всегда в той или иной мере инвариантное воспроизведение объективных закономерностей отображаемого фрагмента реального мира. Речь идет о построении именно объективированных репрезентаций, отличающихся своей объектной направленностью и подчиненностью логики самого объекта. Иными словами, интеллект - это уникальный психический механизм, который позволяет человеку увидеть мир таким, каков он есть в своей действительности. Правда, кто-то смотрит на этот мир через узкую щель, кто-то - через раскрытое настежь окно, кто-то видит мир широко и ясно до самого горизонта, наконец, кто-то может увидеть даже то, что находится за горизонтом (людей с таким типом умозрения мы обычно называем гениями)» [5, 160].

На основе вышесказанного следует говорить о цели исследования.

Цель исследования – охарактеризовать и представить ментальную репрезентацию истории жизни детей, оставшихся без попечения родителей.

Объект исследования – история жизни детей, оставшихся без попечения родителей.

Предмет исследования - ментальная репрезентация истории жизни детей, оставшихся без попечения родителей.

Задачи исследования:

- сформировать представление о мотивах тех или иных поступков и реакций детей, оставшихся без попечения родителей
- дать качественную и количественную оценку аспектам эмоциональной жизни детей, оставшихся без попечения родителей
- охарактеризовать и представить ментальную репрезентацию истории жизни детей, оставшихся без попечения родителей.

Методика исследования

Методика «Расскажи историю» Махортовой Г.Х. предназначена для исследования личности детей от четырех до десяти лет. В этом возрасте у детей активно формируются личностные механизмы и качества, которые определяют психологический облик и поведение взрослого человека.

Методика «Расскажи историю» относится к группе проективных вербальных методов исследования личности ребенка, основанных на завершении историй. В качестве стимульного материала выступают небольшие по величине истории — рассказы, содержащие вопрос, на который обследуемому ребенку предстоит ответить, завершив тем самым повествование и выразив свое отношение к описанным в истории событиям и персонажам. Истории и вопросы сформулированы таким образом, чтобы стимулировать ребенка дать ответы, приоткрывающие те области внутреннего

пространства, которые касаются эмоциональных отношений с родителями и наиболее значимых конфликтов. Ответы детей кодируются по степени напряженности соответствующих эмоциональных проявлений. Таким образом, данная методика позволяет дать как качественную, так и количественную оценку следующим аспектам эмоциональной жизни ребенка:

- зависимость от одного или обоих из родителей;
- обделенность вниманием со стороны одного или обоих из родителей;
- переживание процесса отнятия от материнской груди, проявление или отсутствие ревности к младшему брату (сестре);
- агрессивность, разрушительность, самобичевание и чувство вины;
- осознание мальчиком развития собственной сексуальности, наличие «кастрационного комплекса»;
- привязанность к вещам;
- привязанность к родителю противоположного пола, соперничество с родителем своего пола;
- невысказанные желания и ожидания.

Стимульным материалом к методике «Расскажи историю» является десять коротких незавершенных историй и тринадцать таблиц-иллюстраций к ним (отдельные истории проиллюстрированы двумя таблицами).

Количественная обработка результатов тестирования включает 4-х бальную систему оценок, соответствующую четырем степеням напряженности исследуемого чувства.

- 1 балл—минимальная степень напряженности;
- 2 балла—средняя степень напряженности,
- 3 балла—повышенная степень напряженности;
- 4 балла—высокая степень напряженности.

Исследование проводилось на базе «ОГОУ Школы-интерната №2 для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» г. Курска.

В исследовании принимали участие дети, оставшиеся без попечения родителей в возрасте от 7 до 12 лет. Количество детей, принимавших участие в исследовании - 30 человек.

Результаты проведенного исследования

Качественный анализ ответов говорит о том, что дети, оставшиеся без попечения родителей, в возрасте от 7 до 12 лет в основном дают ответы, соответствующие степеням напряжения исследуемого чувства от 2 до 4 баллов. Например, в истории №1 «Гнездо» говорит об отсутствии патологической привязанности к родителям. Дети дают такие ответы: «За мамой полетит», «Маму подождет», «Мама придет и спасет», «Папа спасет». Выбирая одного из родителей в качестве спасителя, ребенок тем самым обозначает его особую эмоциональную значимость. В неполных семьях таким выступает родитель, оставшийся с ребенком, к нему ребенок испытывает сильную привязанность. Называя отсутствующего родителя, ребенок может выразить свое желание быть рядом с ним.

Выводы

Охарактеризована и представлена ментальная репрезентация истории жизни детей, оставшихся без попечения родителей, сформировано представление о мотивах тех или иных поступков и реакций детей, дана качественная и количественная оценка аспектам эмоциональной жизни детей, оставшихся без попечения родителей.

Список литературы

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. — Л., 1969 — С. 104-105
2. Пиаже Ж. Психология интеллекта // Избранные психологические труды. — М.: Просвещение, 1969. - С. 157.
3. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — 2-е изд. — М., 1946. — С. 684.
4. Холодная М.А., Психология интеллекта: парадоксы исследования. — Томск-М., 1997. - С.98.
5. Холодная М.А., Психология интеллекта: парадоксы исследования. — Томск-М., 1997. - С.160.
6. Махортова Г.Х. Рассказы историю. Проективная методика исследования личности ребенка. - М.: «Когито-Центр», 2004.

ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Метелева И.Г., Егорова Т.А., Зайцева Л.Ю.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Медико-психологическое и социальное значение вегетативной дисфункции определяется её распространенностью в детской популяции, особенностями течения и возможными неблагоприятными последствиями в виде формирования психосоматических заболеваний. На приеме у педиатра и детского невролога на долю вегетативной дисфункции приходится 50-75% от числа детей обратившихся с неинфекционной патологией [1, 5].

Системный анализ психофизиологических факторов риска психосоматической патологии с позиций биопсиходинамического подхода [2, 16] основан на гипотезе о существовании акцентуированных биопсиходинамических типов, предрасположенных к психосоматическим расстройствам. Они включают усиленные (акцентуированные) психодинамические (темперамент) и связанные с ними нейро- и физиологические характеристики индивидуальности.

Цель работы: с позиций биопсиходинамического подхода выявить психодинамические и физиологические особенности детей с вегетативной дисфункцией и определить присущие им индивидуально-типические соотношения психологических и физиологических показателей.

Под наблюдением находилось 178 детей. Основную группу составили 88 детей, больных вегетативной дисфункцией. Возраст больных детей колебался от 8 до 15 лет. Среди них - 44 мальчика (50,00%) и 44 девочки (50,00%). Контрольную группу составили 90 практически здоровых детей. Среди них 53 мальчика (58,89%) и 37 девочек (41,11%). Возраст субъектов контрольной группы колебался от 9 до 14 лет.

Для изучения доминирующих черт характера использовали детский опросник акцентуации характера Шмишека. Уровень и характер тревожности, связанный со школой определялся тестом школьной тревожности Филлипса. Для исследования экстрапунитивности во фрустрирующей ситуации использовали детский рисуночный тест Розенцвейга [4,135]. Исследование центральной гемодинамики проводили методом тетраполярной грудной реографии по методу W. Kubisek с соавт. [3,112]. Определяли ударный объем крови, минутный объем крови, общее периферическое сосудистое сопротивление.

Вегетативную форму активации нервной системы оценивали при помощи кардиоинтервалографии [3,85]. Определяли моду, амплитуду моды, вариационный размах.

Установлено, что каждый биопсиходинамический профиль имеет свою оригинальную интегральную психологическую и физиологическую характеристики, которая свидетельствует о различиях в их структурной организации.

С целью их углубленного анализа был проведен факторный анализ, в который вошли результаты выполнения опросника Шмишека, теста школьной тревожности Филлипса, теста экстрапунитивности во фрустрирующих ситуациях Розенцвейга, показателей вегетативной активированности нервной системы, центральной гемодинамики. Было выделено четыре фактора.

Для первого фактора факторообразующими признаками явились общая тревожность в школе, страх ситуации проверки знаний, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, а также самозащитные самообвинительные реакции (взятые с отрицательными знаками), амплитуда моды, индекс напряжения, индекс вегетативной регуляции, вегетативный показатель ритма, ударный и минутный объемы крови, общее периферическое сопротивление (взятое с отрицательным знаком). Иными словами, глобальное переживание тревоги, связанной со школьными ситуациями, при отсутствии склонности винить в происходящем себя (отрицательная нагрузка фактора по показателю самообвинительных реакций теста Розенцвейга) сопровождается симпатикотонической активацией вегетативной системы и гемодинамики. Данный фактор может, в целом, быть интерпретирован как симпатико-гиперкинетический.

Психофизиологические факторы у детей с вегетативной дисфункцией

Факторы	Факторообразующие признаки
Фактор 1	Общая тревожность в школе +0,79 Страх ситуации проверки знаний +0,72 Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу +0,73 Самозащитные реакции -0,81 Самообвинительные реакции -0,81 Амплитуда моды +0,74 Индекс напряжения +0,95 Индекс вегетативной регуляции +0,93 Вегетативный показатель ритма +0,93 Ударный объём +0,88 Минутный объём +0,89 Общее периферическое сопротивление -0,79
Фактор 2	Эмотивность -0,74 Фрустрация потребности в достижении успеха +0,88 Страх несоответствовать ожиданиям окружающих +0,73 Препятственно-доминантные безобвинительные реакции -0,82 Необходимо-упорствующие безобвинительные реакции +0,73 Мода -0,73 Показатель адекватности процессов вегетативной регуляции +0,76 Частота сердечных сокращений +0,86
Фактор 3	Возбудимость +0,88 Переживание социального стресса +0,86 Самообвинительные реакции -0,88
Фактор 4	Дистимность -0,86 Препятственно-доминантные внешнеобвинительные реакции -0,84 Самозащитные безобвинительные реакции -0,90 Самозащитные внешнеобвинительные реакции +0,73

Для второго фактора характерны ослабление эмоциональной реактивности и чувствительности (шкала эмотивности входит в фактор с отрицательным знаком), трудности социального взаимодействия с окружающими (фрустрация потребности в достижении успеха, страх несоответствовать ожиданиям окружающих), ослабление препятственно-доминантных безобвинительных реакций в тесте Розенцвейга (показатель входит в фактор с отрицательным знаком) и усиление необходимо-упорствующих безобвинительных реакций. Данные психологические характеристики сочетались с набором вегетативных показателей адекватности вегетативной регуляции, куда вошли: мода (с отрицательным знаком), показатель адекватности процессов вегетативной регуляции, частота сердечных сокращений.

Третий фактор составили возбудимость, переживание социального стресса и необходимо-упорствующие самообвинительные реакции теста

Розенцвейга, взятые с отрицательным знаком. Он может быть интерпретирован как фактор возбудимости.

Для четвертого фактора факторообразующими признаками явились дистимность, взятая с отрицательным знаком, препятственно-доминантные внешнеобвинительные реакции и самозащитные безобвинительные реакции также с отрицательным знаком и самозащитные внешнеобвинительные реакции в ситуации обвинения теста Розенцвейга. Это внешнеобвинительный фактор.

Физиологических коррелят для третьего и четвертого факторов обнаружено не было. Другим важным параметром, влияющим на состояние физиологических систем у детей с вегетососудистой дистонией явился уровень препятственно-доминантных и самозащитных реакций, представленный манифестными переменными в виде шкал теста Розенцвейга. Здесь были выявлены достоверные прямые линейные связи с состоянием вегетативного равновесия (что представлено индексом вегетативной регуляции и вегетативным показателем ритма), адекватностью процессов вегетативной регуляции (представлена модой, показателем адекватности процессов вегетативной регуляции), а также уровнем артериального давления. Следует отметить, что опосредованно, через процессы вегетативной регуляции данный параметр оказывает влияние и на состояние центральной гемодинамики.

Таким образом, психологические особенности личности детей с вегетативной дисфункцией тесно связаны с состоянием таких физиологических систем организма как вегетативная регуляция и центральная гемодинамика, то есть психологические черты личности имеют не только вегетативные, но и гемодинамические подкрепления, обусловленные активацией соответствующих систем, что при отсутствии должного лечения и профилактики может привести к формированию психосоматических заболеваний в более старшем возрасте.

Список литературы

1. Вегетативно-сосудистая дистония у детей (клиника, диагностика, лечение). Метод. рекомендации № 57/6-40. - М., 2002. – 22 с.
2. Завьялов А.В. Биопсиходинамический подход к интегральному исследованию характеристик индивидуальности, предрасполагающих к сердечно-сосудистым заболеваниям / А.В. Завьялов, В.В. Плотников, Л.А. Северьянова, Д.В. Плотников // Человек и его здоровье. Науч.-практ. вестн. - 2000. - № 6. – С. 16-24.
3. Практикум по психофизиологической диагностике: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 128 с.
4. Практическая психодиагностика / Под. ред. Д.Я. Райгородского. - Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 2001. – 672 с.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ
АРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС
В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА
НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОМАКОРОМ

Мальцева Л.С., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

За последнее десятилетие заболеваемость ИБС продолжает неуклонно расти, приняв характер эпидемии. Одним из наиболее опасных осложнений ИБС, ведущих к прогрессированию сердечной недостаточности являются нарушения сердечного ритма. В свою очередь, ишемические поражения миокарда, наличие постинфарктного ремоделирования сердечной мышцы с развитием хронической сердечной недостаточности, служат частыми причинами возникновения электрической нестабильности миокарда и внезапной сердечной смерти (ст. 1). Наличие сахарного диабета II типа является мощным фактором риска прогрессирования атеросклероза. Новая генерация антиаритмогенных препаратов, содержащих омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), является новым перспективным направлением в профилактике и лечении аритмий у больных хронической ИБС в сочетании с сахарным диабетом.

В основе механизма действия этих препаратов, в частности Омакора, лежит их способность встраиваться в мембрану кардиомиоцитов и устранять их электрическую нестабильность. Однако исследований эффективности Омакора у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом в отношении аритмической активности нами не найдено. В связи с чем представляется перспективным оценить возможность применения Омакора у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом для вторичной профилактики и лечения нарушений ритма.

Целью исследования является оценка состояния суправентрикулярной аритмической активности сердца у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом II типа на фоне лечения препаратом «Омакор».

В исследование включено 58 пациентов, страдающих хроническими формами ИБС с умеренно-выраженными суправентрикулярными нарушениями сердечного ритма на фоне сахарного диабета II типа в стадии компенсации. 20 пациентов страдали постинфарктным кардиосклерозом, у 38 имела место стабильная стенокардия напряжения, I-II ФК. Выраженность суправентрикулярной экстрасистолии оценивалась по частоте, продолжительности и характеру аритмических эпизодов, а также по характеру влияния их на гемодинамику и субъективным ощущениям самих пациентов. Пациенты, у которых аритмические эпизоды существенно влияли на гемодинамику, либо субъективно плохо переносились в связи с выраженными ощущениями замирания и перебоев в работе сердца, головокружения и других неприятных ощущений, требовали специализированных антиаритмических препаратов и в исследование не включались.

Критериями включения в исследование являлось: женщины и мужчины в возрасте от 48 до 65 лет; наличие умеренно выраженных эпизодов наджелудочковых нарушений сердечного ритма, подтвержденные клинически и на основании данных суточного мониторирования ЭКГ; наличие сахарного диабета II типа в фазе компенсации и субкомпенсации; наличие информированного согласия.

Критерии исключения пациентов из исследования: индивидуальная непереносимость препарата и побочные эффекты от проводимой терапии; наличие острых форм ИБС; наличие эпизодов выраженных нарушений ритма, гемодинамически значимых, требующих проведения неотложных мероприятий; наличие тяжелой декомпенсации сахарного диабета, диабетическая кома, кетоацидоз; хроническая недостаточность кровообращения более II ПА, II ФК в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA); сопутствующие хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации; ожирение любого генеза более II степени; хроническая почечная, печеночная недостаточность; отказ пациента от проводимого лечения;

Всем пациентам не менее, чем за месяц до исследования, была назначена стандартная терапия, которая включала селективные бета-блокаторы (бисопролол 5-10 мг/сут.) в качестве основного универсального антиаритмического препарата, ингибиторы АПФ (эналаприл 10-20 мг в сутки), таблетированные сахароснижающие препараты в индивидуальной дозировке. Кроме того, 21 пациент основной группы и 17 пациентов контрольной группы получали малые дозы пролонгированных нитратов для предотвращения приступов стенокардии.

Пациенты были рандомизированы на 2 группы – основную и контрольную, по 29 человек в каждой. Критериями рандомизации являлись пол и возраст больных.

Средний возраст больных в основной группе составил $56,39 \pm 1,2$ года, в контрольной группе – $53,8 \pm 1,17$. Срок наблюдения составил 3 месяца. Больные основной группы наряду со стандартной терапией назначали «Омакор» 1 г в сутки. Контрольная группа на протяжении всего срока наблюдения получала только стандартную терапию. Характер нарушений сердечного ритма и их динамика оценивалась при помощи суточного мониторирования ЭКГ на системе «Кардиотехника-4000» (Инкарт) в начале исследования, через 6 недель и через 3 месяца. Статистическая обработка результатов исследования проводилась стандартными методами параметрической статистики с использованием компьютерной программы StatSoft Statistica 6.0 с расчетом критериев Стьюдента, Уилкоксона, критерия χ^2 .

В начале исследования у всех пациентов имели место умеренно выраженные суправентрикулярные нарушения ритма (одиночные, парные, групповые экстрасистолы, периоды аллоаритмии, короткие пробежки наджелудочковой тахикардии). Среднее количество одиночных суправентрикулярных экстрасистол составляло $308,7 \pm 8,8$ в сутки в основной группе и 261 ± 5 в контрольной, парных экстрасистол было в среднем $31,6 \pm 4,1$ у

пациентов основной группы и $25,8 \pm 2,9$ у пациентов контрольной группы. Групповые экстрасистолы были выявлены у пациентов основной группы в среднем $15 \pm 2,9$, в контрольной группе в среднем $14,1 \pm 4,1$ в сутки. Периоды бигеминии и тригеминии и пробежки наджелудочковой тахикардии наблюдались только в основной группе и составили в среднем $7,5 \pm 4,5$ и $3,1$ сек. соответственно (табл. 1). При объективном осмотре у всех пациентов частота сердечных сокращений находилась в пределах нижней границы нормы (56-64 удара в минуту), что ограничивало возможность дальнейшего увеличения дозы бета-блокаторов.

При повторном обследовании через 1,5 месяца у всех пациентов основной группы отмечалась достоверная положительная динамика. Число одиночных наджелудочковых экстрасистол уменьшилось в среднем на $80,8 \pm 7,4\%$ и составило $59,5 \pm 7,3$ экстрасистолы в сутки ($p \leq 0,05$). Количество парных и групповых экстрасистол также снизилось на $78,5 \pm 8,9\%$ и $47,4 \pm 6,7\%$ соответственно. Число парных экстрасистол составило в среднем $6,8 \pm 0,8$ в сутки, групповых - $7,9 \pm 4,1$ в сутки ($p \leq 0,05$). Периодов аллоаритмии и пробежек наджелудочковой тахикардии у пациентов основной группы при повторном обследовании выявлено не было. В контрольной группе достоверной динамики выявлено не было.

Таблица 1

Изменение числа суправентрикулярных экстрасистол у больных ИБС с нарушением ритма в сочетании с сахарным диабетом II типа на фоне терапии омакором.

Характер нарушений ритма	Суправентрикулярные экстрасистолы					
	Основная группа, n=29			Контрольная группа, n=29		
	исходно	Через 1,5 мес., M±m	Через 3мес, M±m	исходно	Через 1,5 мес. M±m	Через 3 мес, M±m
Единичные	308,7 ±8,8	59,3 ±7,3*	21,8 ±6*	261 ±5	228,8 ±5,5	303 ±8,9
Парные	31,6 ±4,1	6,8 ±0,8*	2,9 ±1,1*	25,8 ±2,9	29,8 ±4,9	24,1 ±3,1
Групповые	15 ±2,9	7,9 ±4,1*	0*	14,1 ±4,1	11,1 ±5,3	10,1,5 ±4,2
Периоды бигеминии и тригеминии	7,5 ±4,5	0*	0*	-	-	-
Пробежки	3,1 сек.	0*	0*	-	-	-

В конце исследования отмечалось еще более выраженное уменьшение показателей суправентрикулярной активности у пациентов основной группы. Так, по сравнению с исходными данными, число одиночных наджелудочковых экстрасистол уменьшилось на $93 \pm 6,1\%$ и составило в среднем $21,8 \pm 6$ экстрасистол в сутки, парных – на $90,9 \pm 8\%$ и составило $2,9 \pm 1,1$ в сутки в среднем ($p \leq 0,05$). Эпизодов групповой экстрасистолии,

аллоаритмии, наджелудочковой тахикардии по данным суточного мониторинга ЭКГ не зарегистрировано. У пациентов контрольной группы существенной динамики показателей суправентрикулярной аритмической активности не выявлено. Все изменения были незначительными и носили случайный характер.

Выводы

1. «Омакор» в составе комбинированной терапии у больных ИБС с нарушением ритма на фоне сахарного диабета способствует более выраженному уменьшению частоты эпизодов суправентрикулярной эктопической активности.

2. Включение «омакора» в состав комплексной терапии у пациентов с нарушениями сердечного ритма на фоне сахарного диабета позволяет активизировать действие основных антиаритмических средств и получить в более короткий срок терапевтический эффект.

3. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности назначения «омакора» как дополнительного антиаритмического препарата в составе комбинированной терапии у больных ИБС с суправентрикулярными нарушениями ритма на фоне сахарного диабета.

Список литературы

1. Kris-Etherton PM, Harris WS, Appel LJ. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease // *Circulation* 2002; 106:2747-57.

2. Marchioli R, Barzi F, Bomba E et al. Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction: time-course analysis of the results of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico (GISSI)-prevenzione // *Circulation* 2002;105:1874-5.

3. Hallaq H, Smith TW, Leaf A. Modulation of dihydropyridene-sensitive calcium channels in heart cells by fish oil fatty acids // *Proc Natl Acad Sci USA* 1992;89:1760-4.

4. Grimsgaard S, Bonaa KH, Hansen JB, Myhre ES. Effects of highly purified eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid on hemodynamics in humans // *Am J Clin Nutr* 1998;68:52-9.

5. Kang JX, Leaf A. Antiarrhythmic effects of polyunsaturated fatty acids: recent studies // *Circulation* 1996; 94:1774-80.

6. Schrepf R, Limmert T, Weber PC, Theisen K, Sellmayer A. Immediate effects of n-3 fatty acid infusion on the induction of sustained ventricular tachycardia // *Lancet* 2004;363:1441-2.

7. Christensen JH, Riahi S, Schmidt EB et al. n-3 fatty acids and ventricular arrhythmias in patients with ischaemic heart disease and implantable cardioverter defibrillators // *Europace* 2005; 7:338-44.

8. Raitt MH, Connor WE, Morris C et al. Fish oil supplementation and risk of ventricular tachycardia and ventricular fibrillation in patients with im-

plantable defibrillators: a randomized controlled trial // JAMA 2005; 293:2884-91.

9. Cleland JG, Coletta AP, Lammiman M et al. Clinical trials update from the European Society of Cardiology meeting 2005: CARE-HF extension study, ESSENTIAL, CIBIS-III, S-ICD, ISSUE-2, STRIDE-2, SOFA, IMAGINE, PREAMI, SIRIUS-II and ACTIVE // Eur J Heart Fail 2005;7:1070-5.

10. Leaf A, Albert CM, Josephson M et al. Prevention of fatal arrhythmias in high-risk subjects by fish oil n-3 fatty acid intake // Circulation 2005;112:2762-8.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ Я-ОБРАЗА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Миронов Д.И., Цветков А.В.

НОУ ВПО Институт психотерапии и клинической психологии,
НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт,
г. Москва, Россия

Понятие «Я» - одно из старейших в философии и психологии. Но его статус остаётся неопределённым: такие термины как «самость», «идентичность», «Эго» и «Я» употребляются в самых различных значениях. Эти трудности не являются чисто терминологическими, т.к. понятие «Я» соотносится с одной стороны с понятием личности, а с другой - с самосознанием.

В отечественной психологии распространённость приобрели термины «Я-концепция» и «образ Я». В рамках отдельных школ выделяют разные аспекты содержания «образа Я» и «Я-концепции». Ряд авторов (В.В Столин [7], А.А. Бодалев [1] и др.) термины «образ Я» и «Я - концепция» считают синонимичными.

С.Л. Рубинштейн [6] выделяет содержание человеческого «Я», включая три компонента: 1) тело, которым постепенно овладевает человек, и «органы становятся первыми орудиями воздействия на мир»; 2) «внешний облик», в котором «отражается склад жизни и стиль деятельности»; 3) «психическая сфера», к которой относятся способности человека, особенности характера, темперамента, то есть «те свойства личности, которые определяют его поведение, придавая ему своеобразие» [6].

Близкие к С.Л. Рубинштейну взгляды имеет А.В. Петровский [5], который в структуре самосознания выделяет «Я-образ». Автор рассматривает «Я-образ» как представление человека о себе, многократно меняющееся в течение всей жизни. По мнению А.В. Петровского, у человека не один «Я образ», а множество. Все они различаются по характеру и ролям, представленным в самосознании человека и окружающих его людей. А.В. Петровский обозначает «анатомию» «Я-образа» и выделяет в нём три стороны. Первая сторона - когнитивная, включает в себя «представления человека о своих способностях, умениях, внешности, социальной значимости». Вторая сторона «образа Я» - эмоциональная, включает в себя «наличие или от-

сутствие самокритичности, самоуважения, себялюбие, самоуничижение и т.д.». Третья сторона - «волевое начало», проявляется «в стремлении завоевать симпатии, уважение, повысить свой статус, рискуя проверить свои возможности или же наоборот - желание остаться незамеченным, уклонившись не только от критики, но и вообще от какой-либо оценки, желание скрыть свои недостатки и слабости» [5]. Как считает А.В. Петровский, волевое начало «образа Я» связано с активностью (действиями и поступками) или пассивностью (уходом от действительности и общения), то есть с поведением индивида. Таким образом, «образ Я» в представлениях автора имеет не только структурную, но и динамическую сторону.

В современной отечественной психологии представления «образа Я» имеют не только сложную многокомпонентную структуру, но и уровневое строение.

И.С. Кон [4] выделял в структуре «образа Я» три уровня. Первый уровень «образа Я» составляют неосознанные переживания, недифференцированное самоотношение. Вторым уровнем – осознанные качества личности и их самооценка, складывающиеся в относительно целостный образ. Третий уровень составляют представления о себе, вписанные в общественную систему ценностных ориентаций.

И.И. Чеснокова [9], в отличие от И.С. Кона, различает два уровня самовосприятия по критерию тех рамок, в которых происходит соотнесение знаний о себе: на первом уровне соотнесение знаний происходит в сопоставлении «Я» и «другой человек». Сначала некоторые качества выделяются при восприятии и понимании другого человека, а затем они переносятся субъектом на себя. На втором уровне субъект оперирует уже сформированными представлениями о себе и соотносит их с той мотивацией, которую он реализует.

В исследованиях В.В. Столина [7] реализована трёхуровневая концепция активности самосознания: организменного, индивидуального, личностного. На каждом из этих уровней, самосознание выступает в качестве механизма обратной связи, интегрирующей активность субъекта, его деятельность, поведение, развитие. Для каждого уровня самосознания характерны особые составляющие единицы. На индивидуальном и личностном уровнях этой единицей выступает «смысл Я». На социальном уровне индивид формирует представление о себе («образ Я») на основе системы социальных самоидентичностей: половой, возрастной, этнической, социально-ролевой. Собственное «Я», собственные черты и качества оцениваются в отношении к мотивам, выражающим потребность в самореализации, и рассматриваются как ее условия. По мере расширения связей человека с миром, пересечения различных видов деятельности, расширения мотивационной сферы возникает множественность «смыслов Я». Совокупность множественных «смыслов Я» представляется целостной картиной, выступающей в виде «образа Я».

Таким образом, в отечественной психологии оформилась последовательность: сознание — самосознание — образ Я. Подведем итог сказанному: в современной психологии под самосознанием понимают совокупность психических процессов и их интеграцию, посредством которых человек осознает себя. В результате этого осознания человек получает представления о самом себе, целостная система которых и является «образом Я» личности.

Следует учитывать, что применительно к детскому возрасту развитие личности становится также и задачей обучения и воспитания, а поскольку практическая психология образования ориентирована на контроль результатов обучения, встает вопрос о том, как оценить динамику личности по возрастам и методам обучения.

В нашей предшествующей работе в качестве показателей личностного развития у старших школьников (9-11 классы) диагностировали тревожность и показатели знаково-символической деятельности (речь и образный компонент), но в дальнейшем мы столкнулись с тем, что у детей младшего школьного и ранне-подросткового возраста связь этих показателей не является такой существенной и однозначной.

Поэтому мы обратились к проблеме «Образа Я» ребенка, который, как видно из приведенных выше теоретических концепций, является достаточно удобным объектом для психологического мониторинга по двум причинам: его компоненты относительно доступны диагностике, а результат является прогностичным в отношении психологического благополучия учащегося.

Цель исследования: изучение возрастных особенностей «Образа Я» у детей 9 -10 лет и 12 -13 лет (учащиеся 3х и 6х классов).

Гипотеза исследования: существуют значимые различия в развитии «Образа Я» детей 9-10 и 12-13 лет, как по количественным, так и по качественным показателям.

База исследования: ГОУ СОШ № 896 г. Москвы, всего было обследовано 3 классы – 21 человек; 6 классы – 21 человек.

Методы исследования: 1. теппинг-тест (в модификации Е.Д. Хомской с соавт.); 2. Кинетический рисунок семьи; 3. графическая проба «забор» (А.Р. Лурия, проводилась отдельно для правой и левой руки); 4. копирование куба; 5. гомункулус (раскрашивание схематического человека, по А.В. Семенович); 6. Перешифровка символов (проба Перона-Руссера).

В данной батарее методик теппинг-тест, «забор» и копирование куба апеллируют к разным уровням развития психомоторики по Н.А. Бернштейну: теппинг-тест направлен на выявление способности к простой серийной организации движений, без их точной локализации, главный параметр – скорость, это уровень мышечных синергий (В); проба «забор» выявляет динамику психических процессов, способность к переключению между разными элементами деятельности и тонус, это уже совместная работа уровней В и Д; копирование куба – способность к организации предметной деятельности (уровень Д), перешифровка символов предполагает

работу с абстрактными фигурами, зрительно-моторные координации, высокое внимание – то, что характерно для уровня символических действий (Е), а кинетический рисунок семьи направлен на диагностику смысловой сферы ребенка, движений, связанных с осознанием сферы отношений, окружающих его. Нам представляется, что без психомоторики невозможно построение образного компонента «Образа Я». Методика гомункулус дает возможность изучить осознание ребенком своего тела.

В классической интерпретации гомункулуса, основанной на практике применения его в клинике (работа с детьми, имеющими неврологическую и соматическую патологию) каждый из симптомов (например, цветные пятна на теле, или перевязка на шее), являлись патогномичными для того или иного заболевания. В данной работе нами была поставлена задача выявить те симптомы, которые являются возрастными-специфическими и встречаются в норме, а какие, по результатам частотного анализа – действительно могут указывать на патологические явления в соматическом развитии или актуальном состоянии (что, собственно, и является задачей психологического мониторинга).

Результаты:теппинг-тест (измерялся общий показатель за 30 сек.): 3 кл. – 161,6; 6 кл. – 246,5; перешифровка символов (количество перешифрованных символов за 1,5 минуты): 3 кл. – 7,2; 6 кл. – 15,6; «забор» правый/левый (в нейропсихологических баллах от 0 до 3, где 0=0% ошибок, 3=100% ошибок), 3 кл. – 1,16/1,83; 6 кл. – 0,57/0,92; куб (в нейропсихологических баллах): 3 кл. – 1,78; 6 кл. – 0,64; гомункулус (оценивается число признаков при раскрашивании тела) 3 кл. – 3,61; 6 кл. – 5,14. Кинетический рисунок семьи также оценивался количественно по уровню взаимодействия между членами семьи, от отверженности (1 балл) до эмоциональной близости (5 баллов), средний балл 3 кл. – 2,14; 6 кл. – 2,28.

Таким образом, можно видеть, что по всем показателям, кроме кинетического рисунка семьи (который является скорее качественным, нежели количественным) происходит существенный, практически двукратный прирост. И отклонения от этого темпа развития могут свидетельствовать о психологическом неблагополучии ребенка.

В методике гомункулус при качественном анализе рисунков были выявлены следующие характерные особенности для детей 9-10 и 12-13 лет:

а) учащиеся 3 класса наиболее часто изображали: крупные штрихи (18 человек); цветные руки (15); красный рот (10); перевязка на горле, бусы или воротник (9); румянец на щеках (6);

б) учащиеся 6 класса наиболее часто изображали: цветные руки (20); крупные штрихи (18); красные волосы/ шапка (16); пуговицы или деление туловища пополам (14); пятно(а) на теле (9); помеченные суставы (9); красный рот (7).

Как видно, некоторые феномены (красный рот, перевязка на горле, румянец на щеках) с возрастом становятся менее частотными, другие (деление туловища пополам, пятна на теле, волосы/шапка) – более частотными, некоторые, такие как цветные руки и крупные штрихи раскрашивания,

по всей видимости (хотя это предположение требует проверки) – являются возрастной константой, встречающейся у большинства детей.

Для психологического мониторинга, с нашей точки зрения, особую значимость представляют феномены, мало встречающиеся или вовсе не встречающиеся в обоих возрастных когортах: маленький рот (отсутствие рта), отсутствие раскраски туловища, большой нос, красные волнистые линии на рисунке, затемненная половина туловища (как правило левая), а так же феномены, нехарактерные для возраста. В этих случаях можно предполагать, что ребенок испытывает психологический дискомфорт и возможно даже соматизирует его.

Выводы: «Образ Я» является значимым компонентом психического развития, поэтому целесообразным представляется включение его в систему мониторинга с целью контроля эффективности и безопасности образования. На промежутке с 3 по 6 класс происходит двукратное увеличение количественных показателей психомоторного компонента «Образа Я», а также специфические изменения в осознании собственного тела детьми.

Список литературы

1. Бодалев А.А. Психология общения. М.:МПСИ; Воронеж: НПО МОДЭК, 1996.
2. Волков Б.С., Волкова Н.В. Возрастная психология. Учебное пособие для вузов. М.: Академический проект, 2008.
3. Выготский Л.С. Проблемы детской (возрастной) психологии.// Собр. соч. в 6 т. – Т.4. – М.: Педагогика, 1983.
4. Кон И.С. В Поисках себя. Личность и ее самосознание. М.: Политиздат, 1984.
5. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология: Учебник для студентов высших пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр Академия; Высшая школа, 2001.
6. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. С-Пб.: Питер, 2009.
7. Столин В.В. Самосознание личности. М.: МГУ, 1983.
8. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 4-е, исправленное и дополненное. – М., Педагогическое общество России, 2002.
9. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977.

**ШКОЛЬНАЯ НЕУСПЕВАЕМОСТЬ
КАК МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**
Мозговая Т.П., Гавенко В.Л., Лещина И.В., Георгиевская Н.В.
Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

В настоящее время школьная неуспеваемость и возникающий при этом когнитивный дефицит у детей и подростков вышли далеко за рамки социальной проблемы. Актуальность изучения данной темы обусловлена формированием коморбидной патологии и чаще всего гиперкинетических расстройств и расстройств поведения. Последнее значительно усложняет обучение и может приводить к возникновению школьной и социальной дезадаптации [1, 4].

Одним из источников вышеописанных расстройств является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Исследования последних лет свидетельствуют в пользу мультифакторности происхождения СДВГ. Среди множества факторов ведущим считается наличие органического поражения головного мозга в структуре минимальной мозговой дисфункции, сущность которой заключается в незрелости и дисгармоничности развития отдельных функциональных структур головного мозга, обеспечивающих высшие психические функции, такие как речь, чтение, письмо, счет, внимание, память. Кроме того, результатом дисгармоничности развития является психовегетативная дисфункция в виде синдрома вегетативной дистонии [2, 3].

Цель исследования: определить роль психовегетативных нарушений в формировании когнитивного дефицита и школьной неуспеваемости у детей и подростков.

Исследуемая группа была сформирована путем выборочного обследования детей и подростков в общеобразовательной школе. В результате скринингового исследования было выявлено 56 школьников с проблемами обучения и школьной адаптации. В общей структуре комплексного исследования было проведено изучение функционирования вегетативной нервной системы и, в частности, вегетативного обеспечения деятельности.

В процессе исследования было выявлено, что у подростков с трудностями обучения и низкими показателями успеваемости имеет место высокая распространенность синдрома вегетативной дистонии ($51,79 \pm 6,54$ и $33,93 \pm 6,20$ субклинический и клинический варианты соответственно). В структуре исследования вегетативного обеспечения деятельности у подростков отмечался наиболее неблагоприятный вариант функционирования вегетативной нервной системы с преобладанием влияния парасимпатического отдела. Наибольшая уязвимость когнитивных процессов со снижением адаптационных возможностей организма наблюдалась при интеллектуальной деятельности и эмоциональном реагировании, при этом умственная нагрузка формирует самый высокий уровень снижения вегетативного обеспечения деятельности, определяя тем самым степень дезадаптивных про-

цессов. Выявленное нарушение вегетативного обеспечения деятельности у подростков с преобладанием активности парасимпатического отдела ВНС, вследствие снижения системного кровотока, способствует угнетению церебральной гемодинамики и ухудшению когнитивных функций, что является одним из звеньев патогенеза гиперкинетических расстройств, расстройств поведения и, как следствие, школьной неуспеваемости.

В формировании неуспеваемости и школьной дезадаптации у детей и подростков определяющее значение имеют расстройства церебрального гомеостаза вследствие нарушения функционирования надсегментарных вегетативных механизмов и неспецифических систем мозга с преобладанием деятельности трофотропной системы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения системы реабилитационных мероприятий школьникам с дисфункцией вегетативной нервной системы.

Список литературы

1. Заваденко Н.Н. Клинико-психологическое исследование школьной дезадаптации: её основные причины и подходы к диагностике / Н.Н. Заваденко // Неврологический журнал. - 1998.- Т.3, №6.-С. 13-17.

2. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение /Н.Н. Заваденко //Новости медицины и фармации.- 2007.- № 7(211). - С.20-22.

3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение / Н.Н. Заваденко // Здоровье ребенка. - 2007. - № 2 (5). - С. 119-124.

4. Мозгова Т.П. Гіперкінетичні розлади та розлади поведінки у підлітків (патогенез, клініка, корекція, профілактика): автореферат дис. докт. мед. наук / Т.П. Мозгова –Х., 2008. – 32 с.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕФЛЕКСИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛЯЦИИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ В КОНТЕКСТЕ ВНУТРИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

Молчанова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В настоящее время исследовательский интерес в изучении внутренних факторов состояния психического выгорания представителей профессий помогающего типа сосредоточен на его взаимосвязях с рефлексией, особенностями ценностно-смысловой сферы, мотивацией, стилями саморегуляции [1, 2, 5, 7]. Однако общие и специфические закономерности механизмов саморегуляции, рефлексивно-смысловых и ценностно-мотивационных механизмов регуляции состояния психического выгорания

остаются вне рамок рассмотрения. Под общими закономерностями влияния внешних и внутренних факторов на состояние психического выгорания понимаем их проявления, которые сохраняют свое действие на протяжении всего его генеза, под специфическими закономерностями – проявления на определенных фазах. Понимая критерий как определяемый целью уровень достижений [6], общность закономерностей регуляции состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа принимаем как критерий эффективности модели системы его регуляции. Для объяснения системы регуляции состояния психического выгорания представителей профессий помогающего типа принимаем во внимание концепцию смысловой регуляции состояний А.О. Прохорова [8]. В связи с этим регуляция состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа проявляется в избирательности влияния внешних и внутренних факторов на возникновение и трансформацию состояния психического выгорания и в обусловленности выбора стилей саморегуляции, специфики включенности в регуляторный процесс личностного смысла, личностных ценностей, рефлексивности, осуществляется с опорой на регуляторно-личностные свойства [8].

Итак, развиваемые нами представления о системе регуляции состояния психического выгорания у представителей профессий помогающего типа связаны с изучением её внешних и внутренних регуляторных факторов, система которых, согласно Д.В. Четверикову [9], определяет внешние и внутренние психологические механизмы. Внутренние регуляторные факторы, которые проявляют свое действие на всех фазах генеза состояния психического выгорания, рассматриваем как интернальные психологические механизмы его трансформации, а на отдельных фазах – как интернальные психологические механизмы его возникновения. Под трансформацией понимаем системное качественное изменение психических явлений, реализующееся в преобразовании психического состояния в психические свойства.

Следуя логике модели системы регуляции состояния психического выгорания, выявленные общие и специфические закономерности влияния внешних и внутренних факторов состояния психического выгорания определяют структурно-содержательные и динамические характеристики рефлексивных механизмов регуляции (возникновения, трансформации). В связи с этим изучение закономерностей рефлексивных механизмов регуляции предполагает проведение структурно-процессуального анализа, что и определяет цель настоящего исследования, для реализации которой нами с использованием методики МВІС. Maslach [10], методики определения уровня рефлексивности А.В. Карпова, В.В. Понаморёвой [4] были обследованы 94 врача. Для определения содержания структуры рефлексивных механизмов мы использовали такой метод статистической обработки данных, как метод анализа структур А.В. Карпова [3].

В изучении содержательно-структурных и динамических характеристик рефлексивных механизмов врачей в контексте внутривнутрипрофессиональной дифференциации мы исходили из предположения о том, что

взаимообусловленность компонентов рефлексивности и состояния психического выгорания при их крайне низких и высоких уровневых значениях дают основания рассматривать рефлексивность как психологический механизм регуляции состояния психического выгорания на всех его фазах.

Сравнительный анализ уровня интегрированности структурных компонентов состояния психического выгорания низко- и средне- и высокорефлексивных врачей как стационарного, так и амбулаторного профиля указал на следующие результаты. У врачей стационарного профиля, в отличие от врачей амбулаторного профиля, зависимость степени интегрированности структуры состояния психического выгорания от уровня рефлексивности представляет собой U-образную кривую: при крайне низких и высоких значениях рефлексивности индекс организованности структуры выше (ИОС=10, ИОС=2), чем при средних значениях (ИОС=0). Полученные результаты свидетельствуют о том, что увеличение уровня рефлексивности у врачей, работающих в условиях стационара, от низких до средних значений оказывает позитивное влияние на эффективность их профессиональной деятельности, от средних до высоких – отрицательное воздействие, среднерефлексивные врачи противостоят воздействию состояния психического выгорания (ИОС=0). У врачей амбулаторного профиля зависимость степени интегрированности структуры состояния психического выгорания от уровня рефлексивности представляет собой обратную зависимость: увеличение уровня рефлексии приводит к уменьшению степени интегрированности структуры психического выгорания (ИОС=10 против ИОС=6).

У врачей стационарного профиля, в отличие от амбулаторного, зависимость степени интегрированности структуры рефлексивности от уровня психического выгорания представляет собой инвертированную U-образную кривую: при крайне низких и высоких значениях психического индекс организованности структуры ниже, чем при средних значениях. У врачей амбулаторного профиля зависимость степени интегрированности структуры рефлексии от уровня психического выгорания представляет собой обратную зависимость: увеличение уровня выгорания приводит к уменьшению степени интегрированности структуры рефлексии (см. таблицу 1).

Таблица 1

Мера интегрированности коррелограмм, базовые качества рефлексивности врачей в контексте профиля учреждения здравоохранения с различным уровнем психического выгорания

Мера интегрированности	Уровень психического выгорания					
	Врачи стационарного профиля			Врачи амбулаторного профиля		
	Низкий	Средний	Высокий	Низкий	Средний	Высокий
ИКС	3	8	6	14	12	12
ИДС	1	0	0	0	0	0
ИОС	2	8	6	14	12	12

Базовые качества	актуальная перспективная	актуальная ретроспективная перспективная	актуальная ретроспективная перспективная	ретроспективная, коммуникативная общий уровень рефлексии	актуальная ретроспективная, перспективная, общий уровень рефлексии	коммуникативная, ретроспективная, актуальная
------------------	--------------------------	--	--	--	--	--

Индекс когерентности структуры состояния психического выгорания и общей её организованности у низкорефлексивных врачей-хирургов оказался в два раза ниже (ИКС=ИОС=6), чем у высокорефлексивных (ИКС=ИОС=12), что свидетельствует о наименьшей её интегрированности. У врачей-терапевтов, в отличие от врачей-хирургов, наблюдается противоположная тенденция, проявляющаяся в дезинтеграции структуры показателей состояния психического выгорания в группе высокорефлексивных терапевтов (ИОС=4 против ИОС=20). Индекс когерентности структуры рефлексивности «выгоревших» врачей-хирургов (ИОС=4), как и врачей-терапевтов (ИОС=8), в два раза превышает этот показатель в группе «невыгоревших» (см. таблицу 2).

Таблица 2

Мера интегрированности коррелограмм, базовые качества рефлексивности у врачей в контексте специализации с различным уровнем психического выгорания

Мера интегрированности	Уровень психического выгорания			
	Врачи-хирурги		Врачи-терапевты	
	Низкий	Высокий	Низкий	Высокий
ИКС	4	2	8	4
ИДС	0	0	0	0
ИОС	4	2	8	4
Базовые качества	перспективная актуальная	ретроспективная актуальная	ретроспективная, перспективная, коммуникативная	ретроспективная, перспективная, актуальная

Сравнительный анализ степени интегрированности компонентов структур рефлексивности и состояния психического выгорания у врачей в контексте внутрипрофессиональных различий с использованием метода χ^2 указал на их разнородность. У врачей-терапевтов значения коэффициентов корреляции между рангами структур психического выгорания $r=0,45$ при $p=0,55$, между рангами структур рефлексивности $r=0,16$ при $p=0,79$; у врачей-хирургов – между рангами структур рефлексивности $r=0,17$ при $p=0,79$ и между рангами структур психического выгорания $r=0,26$ при $p=0,74$; у врачей стационарного профиля – между рангами структур психического выгорания $r=0,70$ при $p=0,29$ и между рангами структур рефлексивности $r=0,18$ при $p=0,77$; у врачей амбулаторного профиля – между рангами структур психического выгорания $r=0,63$ при $p=0,37$ и между рангами структур рефлексивности $r=-0,53$ при $p=0,36$. Таким образом, проведенный структурный анализ организованности взаимосвязей компонентов рефлексивности и состояния психического выгорания у врачей в контексте внутрипрофес-

сиональных различий при их крайне низких и высоких уровневых значениях свидетельствует о взаимодействии. С одной стороны, рефлексивность как личностное качество является фактором состояния психического выгорания, а с другой – состояние психического выгорания оказывает обратное влияние на рефлексивные процессы.

Следовательно, рефлексивность как механизм регуляции состояния психического выгорания у врачей в контексте внутрипрофессиональной дифференциации представлена у врачей-хирургов – высоким уровнем выраженности, а у врачей-терапевтов – низким; у врачей стационарного профиля низким и высоким уровнем выраженности.

Сравнительный анализ базовых качеств рефлексивности в группах «выгоревших» и «невыгоревших» врачей в контексте внутрипрофессиональной дифференциации указал на общие и особенные системообразующие компоненты рефлексивных механизмов. Наибольшая роль в структурировании всей системы рефлексивного механизма регуляции состояния психического выгорания у врачей стационарного профиля отводится актуальной и перспективной, а у врачей амбулаторного профиля – ретроспективной рефлексии, у врачей-хирургов – актуальной, а у врачей-терапевтов – ретроспективной и перспективной рефлексии.

Таким образом, наибольшая роль в регуляции состояния психического выгорания и у врачей стационарного профиля, и у врачей-хирургов принадлежит непосредственному самоконтролю поведения в текущей профессиональной ситуации, требующей срочного анализа происходящего и принятия решения с минимальным временем на его обдумывание, соотнесению своих действий с ситуацией и их координации в соответствии с изменяющимися условиями и собственным состоянием. Склонность к анализу уже выполненной в прошлом деятельности и совершенных событий, их мотивов и предпосылок, допущенных ошибок, склонность к оценке прошлого опыта можно рассматривать в качестве рефлексивного механизма регуляции состояния психического выгорания у врачей амбулаторного профиля, врачей-терапевтов. Кроме того, немаловажная роль в регуляции состояния психического выгорания у врачей-терапевтов и врачей, работающих в условиях стационара, отводится анализу предстоящей деятельности, тщательному планированию и прогнозированию вероятных исходов лечения.

Список литературы

1. Волканевский, С. В. Рефлексивность как детерминанта синдрома «психического выгорания» личности [Текст]: автореф. дис... канд.психол.наук. –Ярославль, 2010. – 25 с.
2. Густелева, А.Н. Личностные факторы устойчивости к синдрому выгорания в профессии учителя [Текст]: автореф.дис... канд.психол.наук. –Хабаровск, 2009. –23 с.

3. Карпов, А.В. Психология принятия управленческих решений [Текст] / А.В. Карпов. – М.: Юристъ, 1998. – 440 с.
4. Карпов, А. В. Психология рефлексивных механизмов управления [Текст] / А. В. Карпов, В. В. Пономарева. – М.: Институт психологии РАН, 2000.
5. Курапова, И.А. Система отношений в профессиональной деятельности и эмоциональное выгорание педагогов [Текст] / И. А. Курапова // Психологический журнал, 2009. – т.30. – №3. – С.84-95.
6. Ломов, Б.Ф. Методические и теоретические проблемы психологии [Текст] / Б.Ф. Ломов. – М., 1984. – С.289-331.
7. Ожогова, Е. Г. Взаимосвязь синдрома «психического выгорания» и особенностей ценностно-смысловой сферы у педагогов общеобразовательных школ [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Саратов, 2008. – 25 с.
8. Прохоров, А.О. Смысловая регуляция психических состояний [Текст] / А. О. Прохоров // Психологический журнал, 2009. – Т. 30. – № 2. – С. 5-17.
9. Четвериков, Д. В. Психологические механизмы и структура аддиктивного поведения личности [Текст]: дис. ... д-ра. психол. наук. – Новосибирск, 2002. – 385 с.
10. Maslach, C. Understanding burnout: Definition issues in analyzing a complex phenomenon / C. Maslach // Job stress and burnout: Research, theory, and intervention perspectives / Ed. W.S. Pain. Beverly Hills; London; New Dehli, 1982. – P. 29-40.

**ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТЕРАПИИ
ЦЕРЕБРОЛИЗИНОМ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ
НАРКОМАНИЕЙ**

Мухтарова Х.К., Кучкаров У.И., Кодирова Ш.Р., Шарипова Ш.А.
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Узбекистан

В настоящее время основным употребляемым наркотиком опиоидного ряда является героин, сочетающий различные высокотоксичные ингредиенты: стрихнин, хинин, производные хлора [1,4]. Употребление опиясырца, обработанного уксусным ангидридом, способствует формированию токсической энцефалопатии с интеллектуально-мнестическими нарушениями [5]. Некоторые авторы отрицают снижение интеллекта у этих больных и указывают, что интеллект остается сохранным на протяжении длительного времени от начала наркотизации [2]. Другие указывали на возможность формирования органических нарушений при опийной (морфиновой, героиновой) наркомании [3].

Целью исследования является оценка когнитивных расстройств и неврозоподобных нарушений при терапии церебролизином у больных героиновой наркоманией.

Обследовано 54 больных героиновой зависимостью в период стационарного лечения, средний возраст больных 35,5 года, длительность заболевания 3,5 года, суточная доза внутривенно употребляемого наркотика 0,3г. Больные были разделены на основную и контрольную группы, которые статистически не отличались. Лечение церебролизином начинали на 7-9 день после последнего употребления наркотика. Доза церебролизина составила 5 мл внутримышечно - 1 раз в день. В контрольной группе больные получали плацебо 5,0 мл физ. раствора. Всего каждому больному было сделано 20 инъекций. Клиническое наблюдение проводилось методикой «Кратковременная память», «Корректирующая проба» и синдром ангедонии по Крупицкому Е.М. и соавт. Продолжительность клинического наблюдения составляла 20 дней.

Положительную субъективную оценку результатам лечения дали 24 пациента (57,1%). В 12 случаях (28,6%) эффект лечения пациенты оценили как незначительный, а в 6 (14,3%) отметили отсутствие эффекта. Анализ результатов когнитивных тестов показал, что статистически достоверное улучшение состояния когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем к окончанию терапии церебролизином наблюдалось по всем тестам (табл.1).

Таблица 1

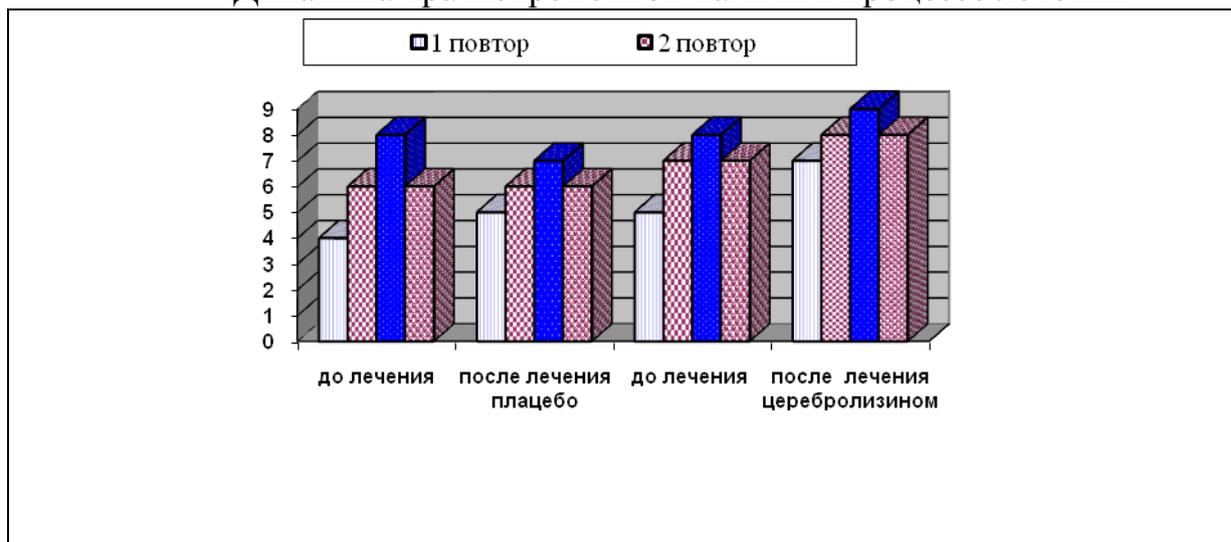
**Динамика когнитивных функций в процессе лечения
церебролизином**

Симптомы	Дни лечения	Группа больных											
		Основная группа (n=42)						Контрольная группа (n=12)					
		1 балл		2 балла		3 балла		1 балл		2 балла		3 балла	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Нарушения памяти	До лечения	-	-	18	42,8	24	57,2	-	-	5	41,7	7	58,3
	20-й день	14	35,7	28	64,3	-	-	4	33,3	5	41,7	3	25,0
Координация	До лечения	-	-	18	42,8	24	57,2	-	-	7	58,3	5	41,7
	20-й день	21	50,0	21	50,0	-	-	4	33,3	5	41,7	3	25,0
Мышление	До лечения	-	-	10	71,4	4	28,6	-	-	6	50,0	6	50,0
	20-й день	27	64,3	15	35,7	-	-	5	41,7	4	33,3	3	25,0
Счет	До лечения	-	-	27	64,3	15	35,7	-	-	4	33,3	8	66,7
	20-й день	27	64,3	15	35,7	-	-	6	50,0	4	33,3	2	16,7

Примечание: Степень выраженности симптома оценивали в баллах от 0 до 3 («0» - отсутствие симптома, «1»-слабо выраженный, «2»- умеренно выраженный, «3» - сильно выраженный симптом). Ниже в таблице приведено количество запоминавшихся слов в процессе лечения.

Гистограмма 1

Динамика кратковременной памяти в процессе лечения



При проверке способности повтора слов больные в 1-й день лечения называли в среднем 4-5 слов, к 20-му дню терапии церебролизином - повторяли 8-9 слов (гистогр.1). Объем внимания оценивался по количеству просмотренных букв, а концентрация по количеству сделанных ошибок. После лечения церебролизином достоверно улучшалось качество внимания. Неврозоподобные расстройства были выражены в постабстинентный период и характеризовались дисфорической, тоскливой или апатической депрессией, ипохондричностью и другими нарушениями. Длительное время сохранялись аффективная лабильность, ипохондричность, астения, бездеятельность, неспособность заняться каким-либо трудом. Больные были бездеятельны, беззаботны, легкомысленны, развязны. На 20-й день лечения церебролизином отмечалось увеличение общей двигательной активности, оживление интересов. Значительно уменьшались дисфория, раздражительность, тревога, в меньшей степени – лабильность аффекта, ипохондричность, свойственные многим больным в период лишения наркотика. Уровень тревоги также снизился. Отчетливо уменьшились проявления астенических расстройств с 2,5 балла до начала лечения церебролизином до 1,0 балла на 10-й день и 0,7 балла на 20-й день лечения. Это же касается и апатико-абулических расстройств. Больные становились значительно более активными, уменьшались вялость, слабость, апатия, безразличие. Больные становились менее рассеянными, у них уменьшались растерянность и аспонтанность, увеличивалась целенаправленная активность и продуктивность деятельности. Поведение больных становилось более упорядоченным и организованным, улучшалось настроение, значительно реже возникали реакции раздражения с негативизмом и агрессивностью. У пациентов улучшались, кроме того, возможности и интерес к несложной интеллектуальной деятельности, расширялся объем выполнения повседневных видов деятельности. У пациентов контрольной группы, был установлен положительный терапевтический эффект, он ограничивался улучше-

нием настроения и некоторым повышением активности в повседневной деятельности. Наиболее заметный эффект церебролизина отмечен в отношении таких невротоподобных расстройств, как астения, интерес к окружающей среде, эмоциональная оживленность, чувство комфорта и нарушения сна. Очень важно, что при лечении церебролизином у больных не отмечено обострения влечения к наркотикам, что нередко наблюдается при использовании ноотропов. Компоненты синдрома ангедонии уменьшались в процессе лечения одинаково в основной и в контрольной группе, что также было связано с проводимой психотерапией в обеих группах.

Таким образом, терапия церебролизином уменьшала выраженность расстройств памяти и внимания, улучшая общий когнитивный статус пациентов. Терапия церебролизином не увеличивала патологическое влечение к наркотику. Церебролизин, улучшая когнитивные функции, благоприятно воздействовал на редукцию невротоподобной симптоматики.

Список литературы

1. Демина М.Б. Нарушения нозологии («Синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н.-М.,2005.-25с.
2. Морозов Г.В., Боголепов И.Н. Морфинизм. - М.: Медицина, 1984.-175 с
3. Осипов В.П. Руководства по психиатрии.-М.-Л.: Гос.изд., 1931.-596 с.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология.-М.: Медицина, 2002. – 256 с.
5. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий. Руководство по наркологии. в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. М: Медпрактика - М, 2002. Т. 1. - С.269-367.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НООФЕНА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Мухтарова Х.К., Кучкаров У.И., Мардонова З.О.

Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Узбекистан

Вследствие токсического действия наркотиков опиоидного ряда формируется токсическая энцефалопатия с интеллектуально-мнестическими нарушениями.

Вследствие наркотического поражения больших полушарий головного мозга в значительной степени нарушаются внимание, психомоторная координация, речь, гнозис, праксис, счет, мышление, ориентация, планирование и контроль психической деятельности.

Целью исследования является оценка эффективности ноофена при восстановлении когнитивных нарушений у больных героиновой наркоманией.

Обследовано 36 больных героиновой зависимостью в период стационарного лечения. Средний возраст больных 35,5 года, длительность заболевания 3,5 года, суточная доза внутривенно употребляемого наркотика 0,5г. В исследовании использовались клинико-психопатологический и статистический методы.

Анализ результатов когнитивных тестов показал, что статистически достоверное улучшение состояния когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем к окончанию терапии ноофеном наблюдалось по всем тестам.

При исследовании внимания по методу Шульте прослеживали отчетливую тенденцию к улучшению: до начала исследования – 2,6 балла, на 20-й – 3,8. Такую же отчетливую тенденцию прослеживали в отношении улучшения механической памяти, которую оценивали по методу запоминания 10 слов, в основной группе сразу - 5, через 5 минут - 7, через 10 минут - 8, через час - 8 слов; а в контрольной группе 5, 6, 6, 6 соответственно. Больные становились менее рассеянными, у них уменьшались растерянность и аспонтанность, увеличивалась целенаправленность мышления, продуктивность в деятельности. Поведение становилось более упорядоченным и организованным.

У пациентов улучшались счетные способности, кроме того, возможности и интерес к несложной интеллектуальной деятельности, расширялся объем выполнения повседневных видов деятельности. Многие пациенты возвращались к утраченным работам вследствие болезни, у них улучшались активность, самочувствие и настроение.

Отчетливая позитивная динамика этих жалоб под влиянием препарата позволяет предполагать, что в их генезе основную роль играло органическое поражение головного мозга. Наибольшее действие ноофен оказывал на когнитивные функции, а также на такие расстройства, как быстрая истощаемость, астения, лабильность эмоций, тревога.

Таким образом, курсовая терапия ноофеном уменьшала напряженность, тревогу и улучшала сон. Ноофен повышает умственную работоспособность, внимание и память. Применение ноофена, улучшая когнитивные функции, благоприятно воздействовало на редукцию компонентов синдрома ангедонии и неврозоподобных расстройств.

Список литературы

1. Демина М.Б. Нарушения нозологии («Синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н.-М., 2005. – 25 с.
2. Морозов Г.В., Боголепов И.Н. Морфинизм. - М.: Медицина, 1984.- 175с

3. Осипов В.П. Руководства по психиатрии. - М.-Л.: Гос.изд., 1931.- 596 с.
4. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология.-М.: Медицина, 2002. - 256с.
5. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий. Руководство по наркологии. в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. М: Медпрактика – М., 2002. Т. 1. - С. 269-367.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ

Недурюева Т.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В последние несколько десятилетий в психологии отчетливо выделилась тенденция к изучению и описанию негативного влияния профессии на личность и жизнедеятельность человека [6]. Пытаясь найти самые уязвимые сферы и особенности личности, исследователи выделяют патогенные факторы и условия, их образующие. В рамках данного негативного направления в психологической науке обозначился ряд феноменов, описывающих отношения личности и профессии: состояние выгорания, профессионально-личностные деформации, профессиональные деструкции личности, посттравматическое стрессовое расстройство, профессиональная дезадаптация.

Новым подходом современной отечественной и зарубежной психологии, в котором подчеркивается «не отрицание патологии, а наличие ресурсов» у личности, является психология здоровья [4]. Основная задача психологии здоровья - «улучшение уже вполне здорового человека» [6], сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья человека [6]. Это согласуется с концепцией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области укрепления здоровья.

Исследованием взаимодействия профессии и личности в рамках нового направления занимается психология профессионального здоровья. Это самостоятельное, но связанное с психологией здоровья направление, появившееся из слияния психологии здоровья, клинической психологии и индустриальной/организационной психологии.

Актуальность исследования профессионального здоровья врачей вызвана реформированием существующей системы здравоохранения и образования, что детерминирует определение новых требований как к формируемым в процессе обучения компетенциям специалистов, так и к квалификации профессионального пространства врачей.

Увеличение среди врачей уровня общей заболеваемости и распространенности хронической патологии делает данную проблему практически значимой.

Поэтому решение вопроса - сохранение и поддержание психологического здоровья врачей как показателя профессионального роста - требует определение психологических критериев профессионального здоровья [4].

На данном этапе работы, определение психологических критериев профессионального здоровья врачей является целью нашего исследования.

Задачи исследования:

1. Проведение теоретического анализа существующих теоретических подходов к выделению критериев.

2. Исследование профессиональной адаптации как критерия профессионального здоровья врачей.

3. Исследование состояния выгорания как критерия профессионального здоровья врачей.

4. Исследование копинг-стратегий как критерия профессионального здоровья врачей.

Для реализации данных задач мы использовали следующие методы: эмпирические: наблюдение, беседа, архивный метод; психодиагностические: Методика для оценки профессиональной дезадаптации (Дмитриева М.Л.), Опросник на «выгорание» МБИ (Maslach, Jackson, 1981), Изучение копинг-поведения (Heim E., 1988).

В исследовании приняли участие врачи-терапевты (105) и хирурги (86) областных медицинских учреждений Курской области. На основании различий в содержании и условиях труда нами оценивались критерии профессионального здоровья у этих групп специалистов.

В ходе исследования мы проанализировали подходы отечественных и зарубежных авторов к пониманию психологии профессионального здоровья и выделению критериев профессионального здоровья.

Если обратиться к анализу понятия профессионального здоровья, то мы можем отметить авторское единогласие относительно данной категории. Так, например, в концепции Никифорова Г.С. (2002), Разумова А.Н., Пономаренко В.А., Пискунова В.А. (1996), профессиональное здоровье определяется, как «свойство организма сохранять необходимые компенсаторные и защитные механизмы, обеспечивающие профессиональную надежность и работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности», как «процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и социального благополучия, обеспечивающих высокую надежность профессиональной деятельности, профессиональное долголетие и максимальную продолжительность жизни» [3,4,6]. Данное категориальное пространство является основополагающим в отечественной психологии профессионального здоровья.

В исследованиях Шостак В.И. и Яньшина Л.А. (2006) мы встречаем аналогичное определение профессиональному здоровью, при этом особо отмечается такой критерий здоровья как профессиональная работоспособность [7]. Шостак В.И. дополнительно выделяет такие критерии, как физический статус, психический статус и социально-психологическая характе-

ристика [7]. Маклаков А.Г., Казаков Ю.Н., Широнин И.И. основанием в интерпретации профессионального здоровья считают функциональные состояния [3,6]. Для определения критериев профессионального здоровья необходима оценка функциональных резервов с целью выявления способности человека к определенной профессиональной деятельности, а также устойчивость к неблагоприятным факторам, сопровождающим эту деятельность.

Согласно Михайлиной М.Ю. (2003) для профессионального здоровья важное значение имеет «внеличностная» и «межличностная» адаптированность [5]. В исследованиях Дмитриевой М.А. содержание данных видов адаптированности представлено в трех аспектах профессиональной адаптации: психофизиологический, операциональный и социально-психологический. При этом в качестве общего показателя адаптированности предлагается считать удовлетворенность человека содержанием и условиями труда [5, 6].

Исследователи Деркач А.А., Зазыкина В.Г., Дружинин В.И. отмечают в качестве важного критерия профессионального здоровья врачей стрессоустойчивость и психологическую устойчивость личности [3,5].

Адаптивность копинг - стратегий и зрелость механизмов психологической защиты, высокий уровень саморегуляции, потребность в самоактуализации, профессиональная подготовленность, сработанность, межличностные отношения и психологический климат в коллективе, социометрический статус неформального лидера, мотивированность к деятельности также являются необходимыми условиями профессионального здоровья специалистов [1, 2, 4, 5, 6].

Согласно концепции когерентности А. Антоновского (1988), детерминантами психического здоровья в профессиональной деятельности выступают: чувство соответствия между собственными возможностями и требованиями среды; адекватная оценка своих возможностей; переживание ситуации как важной и имеющей индивидуальный смысл и значение; чувство собственной значимости и эффективности своих действий [5].

Таким образом, мы можем отметить достаточно широкое критериальное поле определения профессионального здоровья. Для сохранения и поддержания профессионального здоровья врачей важными являются такие психологические критерии как, профессиональная адаптация, наличие или отсутствие функциональных состояний, наличие или отсутствие профессионально-личностных деформаций, адаптивность копинг - стратегий и зрелость механизмов психологической защиты, высокий уровень саморегуляции, потребность в самоактуализации. Необходима также оценка особенностей эмоционально-волевой, мотивационно-потребностной, ценностно-смысловой и межличностной сфер личности врача, т.к. они определяют отношение специалиста к профессии, желание работать и реализовывать себя в данной профессии, а, следовательно, обеспечивают профессиональное здоровье специалиста.

На данном этапе работы мы представляем результаты исследования таких критериев, как профессиональная адаптация, состояние выгорания и копинг-стратегии.

Исследуя профессиональную адаптацию, как критерий профессионального здоровья врачей, мы использовали методику оценки профессиональной дезадаптации (Дмитриева М.Л.)

В группе врачей-терапевтов обнаружены высокие показатели профессиональной адаптации, в отличие от врачей-хирургов, что подтверждается статистическими данными. Оценка значимости различий профессиональной адаптации осуществлялась с использованием критерия U-Манна-Уитни ($U_x=558,5$; $U_t=751,5$).

Мы видим, что в группе врачей-хирургов происходит снижение профессиональной адаптации.

При изучении состояния выгорания как критерия профессионального здоровья врачей мы применяли Опросник на «выгорание» MBI (Maslach, Jackson, 1981).

Значимо выраженные показатели эмоционального выгорания обнаружены в группе врачей-хирургов ($U_x=751,5$; $U_t=558,5$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что профессиональная врачебная деятельность врачей-хирургов, которая обладает такими свойствами, как выраженный стрессовый фактор, экстремальные условия (параметр смерть – жизнь), ответственность за жизнь других, является значимой в формировании состояния выгорания.

Мы провели корреляционный анализ показателей состояния выгорания и показателей профессиональной адаптации и обнаружили, что значимая обратная корреляция имеет место в группе терапевтов. Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи профессиональной адаптации и состояния выгорания, т.е. чем меньше показатель профессиональной адаптации, тем больше показатель состояния выгорания.

При исследовании копинг-стратегий как критерия профессионального здоровья мы использовали методику Изучение копинг-поведения (Heim E., 1988).

В результате исследования мы получили следующие данные: в группе когнитивных копинг-стратегий для врачей-терапевтов и врачей-хирургов статистически значимыми являются показатели относительно адаптивных копинг-стратегий преобладанием низких значений адаптивных когнитивных копинг-стратегий

В исследуемых группах существуют различия по эмоциональным адаптивным и эмоциональным неадаптивным копинг-стратегиям. В группе врачей-хирургов присутствует тенденция выраженности эмоциональных неадаптивных копинг-стратегий, а в группе врачей-терапевтов - эмоциональных адаптивных и эмоциональных относительно-адаптивных. Данные результаты согласуются с полученными нами результатами по показателю эмоционального выгорания (в группе врачей-хирургов показатель эмоционального выгорания выше, чем в группе врачей-терапевтов). Так как эмо-

циональный компонент в структуре состояния выгорания является ведущим, то данные результаты подтверждают его влияние в процессе деформирующих тенденций профессиональной деятельности врачей в двух группах.

В группе поведенческих копинг-стратегий в двух исследуемых группах наиболее выраженными являются поведенческие относительно адаптивные копинг-стратегии и наименее выраженные адаптивные копинг-стратегии.

В результате исследования копинг-стратегий как критерия профессионального здоровья врачей мы обнаружили, что в исследуемых группах по всем копинг-стратегиям отсутствуют высокие показатели адаптивных копинг-стратегий, что свидетельствует об их включении в процессы выгорания и дезадаптации. Однако значимость относительно-адаптивной тенденции во всех группах копинг-стратегий как у врачей-терапевтов, так и у врачей – хирургов указывает на наличие ресурсного потенциала в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

На основании полученных данных исследования психологических критериев профессионального здоровья врачей, таких как профессиональная адаптация, состояние выгорания и копинг-стратегии, мы можем сделать следующие выводы.

Профессиональная адаптация и состояние выгорания как критерии профессионального здоровья врачей являются специфичными, т.е. обусловленными содержанием и условиями труда. Поэтому для дальнейшего исследования критериев профессионального здоровья врачей необходимым является выделение специфики профессиональной деятельности каждой группы специалистов.

Копинг-стратегии как критерии профессионального здоровья врачей в меньшей степени обусловлены спецификой профессиональной деятельности, однако ориентируют на проблемную сферу личности, определяя при этом и ресурсный потенциал врачей.

Таким образом, проблема профессионального здоровья врачей и его психологических критериев является теоретически неразработанной, новой, востребованной практическим здравоохранением. Выделенные нами психологические критерии профессионального здоровья врачей оказывают влияние на сохранение и развитие регуляторных, защитных свойств личности, обеспечивая высокую надежность профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006. – 384 с.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. - М.: Изд.центр Академия,2001. – 352 с.
3. Казаков Ю.Н. Акмеологическая гносеология психического здоровья государственных служащих. // Акмеология. - 2007. - № 1.
4. Никифоров Г.С. Психология здоровья. – СПб.: Речь, 2002. – 256 с.

5. Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека / Под ред. В.С. Шинкаренко - М., 1996.
6. Секач М.Ф. Психология здоровья: Учебное пособие для высшей школы.— М.: Академический Проект, 2003.
7. Шостак В.И. Профессиональное здоровье// Психология профессионального здоровья: учеб. пособие / Под ред. Никифорова Г.С. - СПб., 2006 – 480 с.

ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБЛИТАЦИИ
И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ФЕНОМЕНА ОДИНОЧЕСТВА
У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Немцова С.В.

НОУ Столичная Финансово-гуманитарная академия,
г. Москва, Россия

Одной из актуальных проблем нашего общества является социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями. Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищенной категории населения, так как инвалидность – социальное явление, характеризующее особый социальный статус определенной популяции населения, который обусловлен биологическими, социальными, экономическими, психологическими и физическими особенностями взаимодействия человека и общества в условиях ограниченной свободы выбора [3, 43 с.].

Как показывает практика, один наиболее важный и в то же время проблемный вопрос в жизни людей с ограниченными возможностями является проблема критической формы одиночества. Основная цель данной работы – раскрыть основные психолого-социальные аспекты реабилитации и профилактики развития критической формы одиночества у лиц с ограниченными возможностями. Первый путь решения поставленной проблемы – конкретизация содержания «состояния одиночества» у лиц с ограниченными возможностями, второй – операционное решение поставленной задачи.

Теоретические понятия феномена одиночества являются целостными, объединяющими в себя множество факторов и трактовок. Подобная специфика классов понятий теоретического и эмпирического материала феномена одиночества определяет многогранность данного психологического явления. Расхожесть мнений наблюдается в определениях одиночества, одни исследователи определяют как – позитивное (уединенность), а другие как негативная (изоляция). В психологических словарях, одиночество определяется, как социально-психологическое явление, эмоциональное состояние человека, связанное с отсутствием близких, положительных эмоциональных связей с людьми и\или со страхом их потери в результате вынужденной или имеющей психологические причины социальной изоля-

ции [4, 15 с.]. При анализе психолого-педагогической научной литературы раскрывается и проблема формирования понятий и определений одиночества, поскольку определения сводились к их интерпретации в описательной форме, но проблема реабилитации и профилактики данного феномена у людей с ограниченными возможностями на современном этапе развития еще не приобрела определенного статуса, а вскользь затрагивалась в практико-ориентированных исследованиях К.Роджерса, К.Боумана, Дж. Янга, С.Г. Трубниковой, А. Маслоу, В.Н. Мясищева, Ф. Перлза, А.В. Петровского и др.

Развитие феномена одиночества у лиц с ограниченными возможностями, характеризуются: нарушением общения, социальной дезадаптацией, десоциализацией, крушением жизненных планов, нарушением привычного уклада деятельности, прекращением профессиональной деятельности, спецификой протекания заболевания, приведшей к инвалидности, острыми эмоциональными реакциями, приводящим к острым «приступам» депрессии, чувствам потерянности и никчемности, попыткам суицида. Поскольку лицо с ограниченными возможностями представляет собой интегративное, организованное целое, мотивированное на удовлетворение своих потребностей. И, безусловно, большинство желаний и побуждений взаимосвязано между собой. Это может быть потребности, как в еде, так и любви. Если данные потребности будут удовлетворены, то, по иерархии потребностей А.Маслоу, возникнут новые потребности – а именно потребности в безопасности (потребность в защищенности, стабильности, отсутствия страха, тревоги, потребности сохранения физического и психического здоровья, потребность в структурированности и упорядоченности окружающего мира, в законности и регуляции социального поведения, в помощи и покровительстве и т.д.) [8, 378-378 с.].

Одним из приоритетных направлений модернизации процесса реабилитации и профилактики состояния критической формы одиночества и нарушения удовлетворения потребности в безопасности для людей с ограниченными возможностями, является разработка комплексной программы для отделения реабилитации в социальных центрах, где все специалисты должны работать по одной заданной схеме методов. Эти методы должны быть подкреплены основной социальной реальностью. На базах КЦСО были созданы отделения реабилитации в которых ведут прием и проводят занятия специалисты: инструктора, специалисты по социальной работе, психологи, юристы, культурологи.

Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности.[3, 24с.] Реабилитация инвалидов направлена на устранение, профилактику, компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким нарушением здоровья, в целях социальной адаптации инвалидов и интеграции в общество.

Определяющей задачей развития личности людей с ограниченными возможностями является создание оптимальных условий для всесторонне-

го воздействия психолого–педагогических методов, нацеленных на изменения отношения к себе, к окружающим, миру в целом, включающим в себя:

1. расширение сфер жизнедеятельности на психологическом уровне;
2. выработка и реализация стратегии жизни (образ нового «Я»);
3. выработка и реализация стратегии интеграции (образ нового «Мы»)[6, 251-252 с.].

Внедрение комплексной психолого-педагогической программы и последующее экспериментальное изучение динамики реабилитационного процесса у лиц с ограниченными возможностями проводилось в течении 2008- 2011 гг. на базе Государственного учреждения Комплексного центра социального обслуживания «Гольяново», в дальнейшем ГУ КЦСО, отделение реабилитации.

Все потенциальные испытуемые (принявшие участие в апробации комплексной психолого-педагогической реабилитации), характеризовались разным полом, возрастом, социальным положением, уровнем образования, состоянием здоровья, группой инвалидности, которые состоят на учете в КЦСО «Гольяново». В исследовании приняли участие 146 чел., из которых были отобраны 92 человека (на основании методов: беседы; опросника «Диагностика субъективного ощущения одиночества» (Д. Рассел и М. Фергюсан)) испытывающих состояние феномена одиночества и согласившихся принять участие в эксперименте одной возрастной группы- 36-55\60 лет, которые в дальнейшем были разделены по 46 чел.- посещающие отделение реабилитации и не посещающие (на 2 экспериментальные по 23 чел. и 1 контрольную группы). Анализ результатов опроса людей с ограниченными возможностями показывает, что именно развитие программ социально-психологической реабилитации направленных на профилактику развивающегося феномена одиночества и нарушения потребности в безопасности, могут способствовать наиболее быстрой интеграции и социализации их в социуме.

Внедрение комплексных психологических программ реабилитации и коррекции состояния одиночества для людей с ограниченными возможностями позволяет выделить следующие основные преимущества:

- Возможность реализации индивидуально-ориентированной программы коррекции данного феномена одиночества с использованием конкретных способов и приемов взятых из разных методов (арттерапия, телесно-ориентированная терапия, гештальт, когнитивная терапия);
- Возможность дифференциации процесса психологической коррекции и реабилитации за счет использования средств и технологий выбора для разной категории людей;
- Возможность реализации индивидуальной или групповой траектории продвижения по данной комплексной программе за счет выбора уровня или степени развития феномена одиночества;

– Возможность научения разным формам взаимодействия на примере групповой динамики.

Основную суть развития психологических программ реабилитации лиц с ограниченными возможностями испытывающих состояние одиночества является практико–ориентированные теории разработанные отечественными и зарубежными психологами (В.Д. Менделевича; Д.А. Жуковым; С.Г. Корчагиной; Б.Г. Ананьева; А. Адлера; А. Маслоу и т.д.).

Основная цель комплексной программы реабилитации–

*социализация и интеграция лиц с ограниченными возможностями в общество.

*развитие способностей людей с инвалидностью к созданию психологически- независимого образа жизни,

*определение новых социальных ролей,

*установление новых конструктивных способов взаимодействия с обществом,

*помощь в организации полноценного функционирования к жизни в обществе,

*профилактики и реабилитации развития глубокого чувства одиночества.[3, 33 с.]

Достижение этой цели осуществляется в ходе решения следующих задач:

-профилактика развития основных психологических проблем возникающих в жизни лиц с ограниченными возможностями (проблема одиночества, нарушения потребности в безопасности, нарушение общения, социальная дезадаптация, крушение жизненных планов, негативная мировоззренческая установка)

-развитие творческого потенциала,

-развитие коммуникативных навыков,

-профилактика развития нарушений социальных отношений

-социализация путем усвоения конструктивных форм и норм поведения, а так же взаимодействия с внешним миром,

-ускорение процесса психологической адаптации,

профилактика возникновения эмоционально-волевых расстройств,

-развитие эмоционально-волевой сферы (усидчивость, внимание, память, мотивация и т.д.),

-повышение эмоционального фона,

-развитие координированных движений, мелкой моторики,

-профилактика развития тревожности, стрессов, депрессии, изменения поведения,

-профилактика развития депривации личности,

-подъем активности, формирование из пассивного субъекта деятельности в активного, несущего ответственность за свои поступки, действия, желания, построение жизненных планов,

-выработка адекватной стратегии поведения.

Как следует из целей реабилитации, формирование полноценной личности у лиц с ограниченными возможностями предусматривает, развитие:

-личной потребности в усвоении новых форм взаимодействия с миром;

-личной активности;

-мотивации к занятию.

Основные преимущества комплексной психолого-педагогической программы:

1. реализация индивидуально-ориентированной программы коррекции феномена одиночества с использованием конкретных способов и приемов взятых из разных методов (арт–терапия, телесно-ориентированная терапия, гештальт–терапия, когнитивная терапия);

2. дифференциация процесса психологической коррекции и реабилитации за счет использования средств и технологий выбора для разной категории людей;

3. реализация индивидуальной или групповой траектории продвижения по данной комплексной программе за счет выбора уровня или степени развития отклонений;

4. возможность научения разным формам взаимодействия на примере групповой динамики.

Следовательно, можно сделать следующий вывод, основным показателем удачного проведения курса психолого–педагогической реабилитации и профилактики критической формы одиночества является:

✓ улучшение самочувствия клиента как физического, так и психологического, выработка адекватной стратегии поведения,

✓ снижения уровня тревожности,

✓ формирование образа нового «Я»,

✓ повышение активности в построении жизненных планов, целей и их последующую реализацию;

✓ удовлетворения потребности в безопасности;

✓ снижение уровня ощущения беспомощности, никчемности, покинутости;

✓ снижение уровня чувства одиночества до адаптивной формы.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. - М.: Эко-Пресс, 2002. – 352 с.

2. Вачков И.В. Психология тренинговой работы. М., 2007. - 416 с.

3. Долгалев Б.А., Ладикова В.Н. Социально- психологические проблемы инвалидов // Человек: его сущность, развитие и проблемы. Вып. 1 / Под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д., 2000

4. Корчагина С.Г. «Психология одиночества». М. 2008. - 228 ст.

5. Лабиринты одиночества / Пер. с англ.; составление, общая редакция и предисловие Н. Е. Покровского. — М.: Прогресс, 1989. —624 с.

6. Менделевич В.Д. «Клиническая и медицинская психология». М., 2008. - 432 с.
7. Миускович Б. Одиночество; междисциплинарный подход\\ Лабиринты одиночества. - М., 2008. - 224 с.
8. Maslow, A.H., *Toward a Psychology of Being*, 2nd ed., New York: Van Nostrand Reinhold, 1968. (pp. 378–379, pp. 380–381).

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО ИНТЕРЕСА
У ПОДРОСТКОВ К ИЗУЧЕНИЮ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ПРЕДМЕТОВ ПОСРЕДСТВОМ ЗАНЯТИЙ
СПОРТИВНЫМ ОРИЕНТИРОВАНИЕМ

Николаева Ю.А., Потапова О.Л., Конопченко О.А.

Курская государственная сельскохозяйственная академия,
г. Курск, Россия

Влияние спортивного ориентирования на усвоение знаний и формирование у подростков познавательного интереса к окружающему представляет большой интерес. Влияет ли спорт, а в частности спортивное ориентирование, на познавательный интерес ребенка к изучению общеобразовательных предметов. Попытаемся ответить на этот вопрос. Особенности процесса усвоения знаний в средних классах общеобразовательной школы имеет значение не только для развития мышления подростков и их познавательных интересов, но и для формирования их личности в целом. Обучение в школе всегда происходит на основе уже имеющихся у ребенка знаний, которые он приобрел в процессе своего жизненного опыта. При этом знания ребенка, полученные им до обучения, не являются простой суммой впечатлений образов, представлений и понятий. Они составляют некоторое содержательное целое, внутренне связанное с характерными для данного возраста способами мышления ребенка, с особенностями его отношения к действительности, с его личностью в целом. Отсюда следует, что усвоение знаний в школе не сводится к количественному накоплению, расширению и углублению того, что ребенок знал до обучения. Новые знания не просто заменяют собой старые, они их изменяют и перестраивают. Перестраивают они также и прежние способы детского мышления. В результате у детей появляются новые особенности личности, выражающиеся в новой мотивации, в новом отношении к действительности и к самим знаниям.

Оздоровительный и профилактический эффект занятий спорта неразрывно связан с повышенной физической активностью, усилением функций опорно-двигательного аппарата, активизацией обмена веществ. Учение о моторно-висцеральных рефлексах (Р. Могендович) показало взаимосвязь деятельности двигательного аппарата, скелетных мышц и вегетативных органов. В результате недостаточной двигательной активности в организме человека нарушаются нервно – рефлекторные связи, заложен-

ные природой и закрепленные в процессе тяжелого физического труда, что приводит к расстройству регуляции деятельности сердечно-сосудистой и других систем, нарушению обмена веществ и развитию дегенеративных заболеваний (атеросклероза и др.). Для нормального функционирования человеческого организма и сохранения здоровья не только подростков необходима определенная доза двигательной активности. В качестве двигательной активности мы подразумеваем занятия спортом, в частности спортивным ориентированием.

Спортивное ориентирование, как составная часть системы физического воспитания, последние десятилетия XX века и начало XXI века занимало значительное место в физическом и духовном воспитании людей, в формировании разносторонне развитой личности человека и, особенно, подрастающего поколения (Ю.С. Воронов, Б.И. Огородников, Э.К. Попов). Спортивное ориентирование является не только одним из наиболее рациональных видов профессиональной подготовки спортсменов высокого класса, но и полезным проведением свободного времени.

С первых мгновений осмысленного восприятия окружающей обстановки, ребенок не подозревая направленности некоторых действий, вынужден ориентироваться среди множества предметов, составляющих мир вещей его обихода, жилья, затем улицы, работы и т.д. В каждом человеке тяга к различным странствиям, как источнику знаний, новых радостных ощущений, иного восприятия материального бытия. Это качество человеческого характера было свойственно и первым людям земли. Однако для первобытных людей дальние кочевки по незнакомым местам в поисках зверя, как правило, были продиктованы инстинктом сохранения и выживания, заложенным в человеке природой. С возникновением селений человеку, отправляющемуся в отдаленные местности, уже приходилось запоминать и примечать путь, чтобы суметь вернуться к очагу своей семьи. Помощниками первобытного путешественника постоянно становились солнце, звезды, направление ветров, течение ручьев и рек, различные запоминающиеся объекты местности: возвышенности и горы, долины рек и котловины озер, огромные камни, отдельно стоящие деревья и т.д. Со временем в силу разделения рабочих обязанностей в семьях, родах и общинах все чаще стали возникать ситуации, когда знания об ориентирах нужно было передать своему родственнику или соплеменнику. И наступил момент: первобытный человек при помощи подручных средств на очищенной рукой земляной площадке создал первый в истории визуально воспринимаемый и понятный для других людей план-макет местности. Многовековое совершенствование мышления и речи человека на основе увеличения знаний об окружающем его мире сделало ненужным создание громоздких планов-макетов. Для отображения различных по величине участков местности люди стали использовать повествовательные и графические (в виде определенных условных знаков) средства, что на более высоких уровнях практикуется и в наше время.

Шли годы, десятилетия, века. Открытия светлых умов многих поколений людей постепенно превращали во второстепенные некогда жизненно необходимые занятия человека. Некоторые из них способствовавшие гармоническому развитию тела и ума человека, обладавшие зрелищностью и эстетичностью, можно было увидеть на народных праздниках в качестве проб силы и ловкости подростков. Однако предпочтение всегда отдавалось тем видам соревнований юношей и девушек, которые имели практическое применение в каждодневной жизни. Возможно, отчасти по этой причине умение ориентироваться в воздухе, под водой, на поверхности Мирового Океана и на суше воплотилось во второй половине прошлого столетия в молодые, быстро прогрессирующие по количеству занимающихся ими людей прикладные виды спорта. Среди них на один из первых планов выступает ориентирование на местности.

При преодолении дистанции на соревнованиях по ориентированию в каждом конкретном случае правильное решение принимается на основе рационального мыслительного процесса. Как ни парадоксально, но абсолютное большинство спортсменов не обращают внимания на возможность развития умственной работоспособности.

Умственная работа отличается от физической прежде всего тем, что она требует относительно небольших энергетических затрат, но она также может быть тренируема и подчиняется закону адаптации. Умственная деятельность характеризуется сложной аналитико-синтетической работой мозга, что проявляется в восприятии, внимании, мышлении, извлечении информации и кодировании ее в кратковременной и долговременной памяти. Если нет тренировки мыслительной деятельности, то и нет ее развития. В спортивном ориентировании в настоящее время интеллект становится важным средством достижения высокого результата. Например, на этапе спортивного совершенствования спортсмен способен «заглядывать в будущее» - строить вероятностный прогноз и использовать его для организации действий. У квалифицированных спортсменов (18% мастеров спорта и 82% КМС) отмечается высокая степень совершенства специализированных восприятий – чувство развиваемых усилий (у 98% испытуемых), чувство снега у ориентировщиков-лыжников (у 93% испытуемых), предельная концентрация внимания (у 95% испытуемых), эффект панорамного видения (у 89% испытуемых), быстрота мышления (у 86% испытуемых) и т.п. Все это способствует достижению высокого спортивного результата [2, 38].

Эффективность повышения познавательной деятельности и интереса к изучению общеобразовательных предметов у подростков зависит от рациональной организации занятий, выбора оптимальной дозировки нагрузки (физической и умственной), тщательного учета индивидуальных особенностей занимающихся и других факторов. Вопросы развития спортивного ориентирования в стране, его внедрение в сферу спорта и активного отдыха людей различного возраста нашли отражение в научной, научно-методической литературе (В.А.Троне, В.М. Алешин, А.Ю. Близневский).

Вместе с тем более широкое внедрение спортивного ориентирования в практику физкультурно-спортивной деятельности существенно ограничивается рядом факторов. В настоящее время решены отдельные вопросы, связанные с определением содержания базовой ориентировочной подготовки, выявлен объем знаний и умений, необходимых для начинающих ориентировщиков, есть научно обоснованные нормативы для ее оценки [2, 38]. Но не рассмотрен вопрос о влиянии спортивного ориентирования в повышении интереса школьников подросткового возраста к изучению общеобразовательных дисциплин, а также изменению познавательного интереса к окружающему. Решение поставленных вопросов позволит, на наш взгляд, внести рациональное в теорию и методику подготовки детей школьного возраста по спортивному ориентированию и выявит уровень изменения познавательных возможностей в изучении общеобразовательных предметов детей подросткового возраста.

Список литературы

1. Спортивное ориентирование. Правила соревнований. – М.: Советский спорт, 2005. – 128 с.
2. Воронов Ю.С., Константинов Ю.С. Программа для детско-юношеских спортивных школ и специализированных детско-юношеских спортивных школ олимпийского резерва. – М.: ЦДЮТиК МО РФ, 2000. – 38 с.
3. Елаховский С.Б. Бег к невидимой цели: Очерки о спортивном ориентировании. – М.: ФиС, 1973.
4. Тыкул В.И. Спортивное ориентирование. – М.: Просвещение, 1990
5. Фесенко Б.А. Книга молодого ориентировщика. – М.: ЦДЮ-Тур, 1997.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КАФЕДРЫ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Новикова С.Н.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В обществе, где средняя продолжительность жизни основного трудового слоя населения не превышает 64-66 лет, категория «здоровье работника» начинает рассматриваться как экономическая ценность, а профессиональное здоровье преподавателей вуза - как способность организма в процессе возрастных изменений сохранять основные параметры соматических и вегетативных функций, обеспечивающих интеллектуальную работоспособность, стабильное состояние центральной нервной системы, минимальную физиологическую стоимость профессиональной деятельности и творческое долголетие [2, 3, 4, 10]. Особый интерес представляет изучение профессионального здоровья

преподавателей, которым, кроме обычных факторов, влияющих на здоровье (профессиональные перегрузки, ролевой конфликт, неудовлетворенность профессиональным и личностным ростом, негативные поло-ролевые установки, ущемляющие права и свободу личности, несправедливость и неравенство взаимоотношений в организации, дефицит административной, социальной и профессиональной поддержки, отсутствие свободы планирования, жесткий контроль, мешающий инициативности и творчеству, отстраненность от принятия решений), приходится по роду основной деятельности испытывать негативное влияние различных инфекций, ионизирующего облучения и факторов, связанных с использованием современных цифровых технологий в исследовании пациентов [6,7,9].

Цель настоящей работы - определение влияния образа жизни на смягчение негативного воздействия туберкулезной инфекции на организм фтизиатров, занятых на преподавательской работе.

Анализ литературы показывает, что атмосфера противотуберкулезных стационаров, где располагаются кафедры фтизиопульмонологии, создает реальную опасность заражения туберкулезом, о чем свидетельствует достоверно более высокая заболеваемость как персонала клиники, так и сотрудников соответствующих кафедр [5]. Традиционно выделяют три основных пути заражения туберкулезом (аэрогенный, энтеральный и контактный), каждый из которых превалирует при эпизодических контактах, например, аэрогенный имеет значение при контакте в закрытых помещениях, где находится больной открытой формой туберкулеза, энтеральный - при употреблении зараженной пищи или молока больных коров, контактный - у сотрудников бактериологических лабораторий, хирургов и патологоанатомов. При профессиональном контакте преподавателей, работающих в противотуберкулезных учреждениях, имеют значение все виды контакта, особенно в ходе обследования больных и постоянного пребывания в зданиях инфекционного профиля.

Экспериментальные исследования риска заражения туберкулезом показали, что из 10 неинфицированных волонтеров, беседующих с больным открытой формой туберкулеза в течение 2-4 часов, у 9 на поверхности слизистой дыхательных путей обнаруживаются туберкулезные микобактерии методом ПЦР. В то же время через 2 мес после контакта всего у 1 человека наступает заражение микобактериями и проба Манту становится положительной. Эти данные указывают на огромное защитное влияние мукоцилиарного клиренса у лиц, контактировавших с туберкулезными больными. Механизм такой защиты сложен по своей физиологической сущности и не до конца изучен, но его защитное значение легко представить, если сопоставить довольно высокую скорость выделения слизи из дыхательных путей (3-20 мм/мин) и очень медленное размножение микобактерий туберкулеза (1 деление за 18-24 часа), что мешает возбудителю проникнуть в ткани хозяина [1]. Данные

подобных исследований подтверждают клинические наблюдения о важной роли мукоцилиарного клиренса в защите от туберкулеза и заставляют сотрудников противотуберкулезных учреждений и преподавателей, работающих на этих клинических базах отказаться от курения.

Пути аэрогенного рассеивания туберкулезной инфекции в окружающей среде изучены достаточно хорошо и учитываются при организации различных профилактических мер для работников противотуберкулезной службы. Кашель, чихание и даже громкий разговор больных, страдающих открытой формой туберкулеза, сопровождаются выделением в окружающую среду аэрозолей, содержащих значительное количество микобактерий туберкулеза, которые в силу малой массы способны циркулировать в окружающем воздухе до 6 часов, прежде чем опустятся на пол и смоются в ходе влажной уборки помещений. Специальная одежда, маски, обработка палат и коридоров ультрафиолетовыми лучами и, наконец, регулярные туалетные ремонты помещений и душевых кабин для персонала снижают, но не исключают проникновение микобактерий в верхние дыхательные пути сотрудников, после чего борьба с туберкулезом становится задачей других защитных механизмов организма человека. В частности, приходится констатировать, что слизь, выделяющаяся благодаря мукоцилиарному клиренсу, далеко не всегда откашливается и сплевывается, но может заглатываться и поступать в желудочно-кишечный тракт, провоцируя энтеральное заражение. К сожалению, содержимое желудочно-кишечного тракта мало воздействует на микобактерии туберкулеза в силу их устойчивости к кислотам и щелочам, и заражение или суперинфекция в этом случае возможна.

Безусловно, имеет место и контактный путь заражения, что заставляет преподавателей оберегать открытые участки тела от мелких повреждений и строго соблюдать санитарно-гигиенические меры профилактики туберкулеза.

Оптимистичным заключением может стать то, что соблюдение всех необходимых мер противотуберкулезной защиты (ношение масок, кипячение халатов и шапочек, обязательный душ после рабочего дня, отказ от курения, прогулки на свежем воздухе) снижает риск возникновения не только туберкулеза, но и других заболеваний, воспалительного и новообразовательного характера, а средняя продолжительность жизни фтизиатров, по данным юбилейных статей в центральном профессиональном журнале, превышает 70 лет. Огромное значение в этом имеет также хорошее питание, физическая активность, отказ от алкоголя и поддержание хорошего настроения, усиливающего иммунитет.

Список литературы

1. Герасин В.А., Кокосов А.Н., Кобылянский В.И. Изучение мукоцилиарного клиренса радиоаэрозольным методом // Пробл. туб.- 1988.- № 4. - С. 40-43.

2. Гридин Л.А. Общественное здоровье как показатель благополучия

стабильности общества // Российский медицинский журнал.-2001. - № 3 - С. 9-12.

3. Казин Э.М. Основы индивидуального здоровья человека. Введение в общую и прикладную валеологию : учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / Э.М. Казин, Н.Г. Блинова, Н.А. Литвинова. – М.: Гуманитар. изд. центр «ВЛАДОС», 2000. – 192 с.

4. Кибанов А.Я. Основы управления персоналом. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 304 с.

5. Лебедева Л.В. О совещании руководителей противотуберкулезных служб субъектов Российской Федерации по итогам работы в 2004 г. // Пробл. туб. и болезней легких. – 2006. - №9. – С.3-5.

6. Лободин В.Т. Как сохранить здоровье учителя / В.Т. Лободин, Г.В. Лавренова, С.В. Лободина. – М. : ЛИНКА-ПРЕСС, 2005. – 136 с.

7. Никишина В.Б., Василенко Т.Д. Психодиагностика в системе социальной работы. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 208 с.

8. Приказ Минздрава РФ от 30 мая 2003 г. № 225. "Об утверждении Перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда".

9. Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова.- СПб.: Питер, 2006. – 607 с.

10. Рыжов, А.Я. Понятия «здоровье» и «профессиональное здоровье» применительно к категории преподавателей вуза. Вестник ТвГУ. Серия: Биология и экология (14). С. 38-48.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
СТУДЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**
Овчинникова И.В., Юдина Н.В., Смирнова С.В., Логинов Ю.А.
Ивановская государственная медицинская академия,
г. Иваново, Россия

Здоровье населения – главный социальный фактор жизни общества, основа его прогресса, экономики, благосостояния, личного счастья и благополучия семьи. Определяющая роль в сохранении и укреплении здоровья отводится самому индивиду и его здоровому образу жизни. Среди факторов, влияющих на здоровье человека, самым весомым (более 50%) считается его образ жизни, поэтому мотивация здоровья и здорового образа жизни (ЗОЖ) занимает центральное место в формировании и сохранении здоровья каждого человека.

Современная молодежь во всем мире сталкивается с трудноразрешимыми социально-психологическими проблемами, среди которых можно отметить нестабильность и агрессивные тенденции в обществе, социально-правовую незащищенность несовершеннолетних и молодежи, про-

блемы досуговой занятости. Преподавателями ИвГУ на занятиях со студентами выявлена заинтересованность учащихся в психологическом сопровождении процесса обучения. Учащиеся указывают на собственные трудности при решении возникающих внутриличностных и межличностных проблем. В таких случаях они предпочли бы обратиться к психологу, психотерапевту.

Это стало возможным благодаря созданию центра психологической помощи студентам «Стиль жизни» на базе санатория-профилактория ИвГУ. Основная задача центра психологической помощи студентам «Стиль жизни» - повышение приверженности студентов к ЗОЖ с целью поддержки их соматического, психического и нравственного здоровья. За последние годы отмечается рост числа психосоматических заболеваний, невротических состояний у студентов вузов. Эти расстройства рассматриваются как проблемы адаптации и связаны с наличием какого-либо психотравмирующего фактора. По данным мониторингового исследования состояния здоровья учащихся при диспансеризации выявлено, что около двух третей обучающихся в ИвГУ имеют вторую группу здоровья, которая предполагает наличие функциональной патологии или одного хронического заболевания. Третья часть студентов (около 9% от общего количества обучающихся в ИвГУ) имеют сочетанную хроническую патологию и относятся к третьей группе здоровья. В структуре заболеваемости среди студентов на первое место выходят заболевания органов дыхания (более 35%), на втором месте – патология сердечно-сосудистой системы (более 25%), на третьем месте заболевания желудочно-кишечного тракта (около 15%).

Все отдыхающие в санатории – профилактории осматриваются врачом-терапевтом профилактория, поступаая с оформленными в территориальной поликлинике санаторно-курортными картами, где выставлен клинический диагноз заболевания и содержатся данные проведенных ранее диагностических обследований. После осмотра пациента терапевт составляет план оздоровительных мероприятий соответственно диагнозу. Около половины пациентов направляются на консультацию и оздоровление к психологу и психотерапевту.

На первом этапе работы психолога и психотерапевта проводится психологическое и психотерапевтическое консультирование и психодиагностика студентов, которые имеют психосоматические заболевания или невротические состояния. Психодиагностика направлена на определение характерологических особенностей личности и её адаптации в социуме. Исследование особенностей характера проводится по методике А.Е. Личко (в модификации Прутченкова – Сиялова), уровень адаптации студентов – по многофакторному личностному опроснику Кеттела. Акцентуации характера – это краевая норма, при которой черты характера усиливаются или ослабляются, вследствие чего может нарушаться адаптация к чему-либо.

По результатам психодиагностики на уровне акцентуаций характера у студентов ИвГУ в большей степени выявлены: циклоидный – 33%, психастенический – 22%, гипертимный – 22%, истероидный – 19%. Их дезадаптация может проходить следующим образом. Циклотимические лабильные личности в периоды повышенного настроения могут взрываться гневом, агрессию направляют вовне, на окружающих людей или вещи, а при снижении настроения агрессия может быть направлена на себя; склонны ипохондрическим, тревожным состояниям, мнительны; не обращаются за помощью к специалистам из-за собственной стеснительности и недоверчивости. Гипертимные личности напоминают циклоидных в фазе повышенного настроения, они могут быть чрезмерно общительными, неусидчивыми, недисциплинированными, непостоянными, неразборчивыми в выборе знакомств, самоуверенными; заболев, не обратятся к врачу, будут переносить болезнь на ногах, уговаривая окружающих не обращать внимания на заболевание. Психастенические личности отличаются нерешительностью, тревожной мнительностью, легкостью образования у них навязчивых страхов, мыслей, действий; могут быть сильны в словах, но не в действиях; при наличии ослабленного физического развития предрасположены к развитию психосоматических заболеваний, невротических состояний. Истероидные личности способны найти у себя и продемонстрировать признаки любой болезни, т.к. болезнь зачастую имеет «условную выгоду»; легко поддаются внушению и самовнушению; бывают эгоцентричны, лживы, экспрессивны, претендуют на лидерство, склонны к шантажу, конфликтны; легко дезадаптируются с многообразными проявлениями соматической, вегетативной и неврологической симптоматики. Паранояльные личности всегда кажутся себе здоровыми, не умеют выполнять рекомендаций врача; заболев, продолжают работать и учиться, т.к. нуждаются в дополнительных порциях восхищения от окружающих за свою стойкость и самоотверженность. Таким образом, очевидна «почва» для формирования и развития психосоматических заболеваний и невротических состояний при наличии данных акцентуаций характера.

Оценка адаптации по опроснику Кеттела показала следующее:

- эмоционально-волевые проявления нарушены почти у 50% студентов; это проявляется эмоциональной неустойчивостью, подверженности чувствам, безмятежностью, снижением самоконтроля и мотивации, психологической расслабленностью и ленью, внутренней конфликтностью (которая является основанием для формирования невротических состояний);

- пониженная самооценка выявлена почти у 70% студентов, т.е. они недооценивают себя, склонны занижать свои возможности;

- при оценке коммуникативных свойств и особенностей межличностного взаимодействия - почти у 50% студентов выявлена психологическая сдержанность, конформизм, прямолинейность, доверчивость до наивности. Это проявления «детского» поведения, психологического инфантилизма.

Данные выводы подтвердились результатами теста «Транзактный анализ общения». Из трех состояний «Я» у обследуемых студентов преобладало состояние «Дитя», которое характеризуется эмоциональностью, неуверенностью, подчиняемостью, капризностью, упрямством, протестным поведением. Известно, что детская непосредственность возможна до определенных пределов, если же она начинает мешать делу, то пора взять под контроль свои эмоции.

Поэтому работа психолога и психотерапевта, прежде всего, направлена на консультирование и психодиагностику личности, а также психокоррекцию внутриличностных и межличностных проблем в процессе индивидуальной и групповой работы. Групповая психотерапия носит интегративный характер, специалисты используют методики гештальт-терапии, транзактного анализа, когнитивной и поведенческой терапии, аутотренинга. Тренинги проводятся по следующим направлениям: эффективная межличностная коммуникация, обучение навыкам самоконтроля и стресс-совладающему поведению, формирование лидерского потенциала, повышение самооценки личности.

В групповой работе на тренинге «Самопознание и личностный рост» достигается понимание развития состояния «Я» по формуле «В-Д-Р», позволяющего повышать чувство ответственности, в меру импульсивности (т.к. это проявление творческого компонента), сдержанность, рациональное и корректное поведение. Такой человек трезво оценивает происходящее, логически мыслит, умеет владеть собой. В результате повышается адаптация студентов к новым условиям жизни и обучения в вузе, более адекватной становится самооценка. Состояние «Взрослого» способствует развитию деловых отношений на уровне «Взрослый- Взрослый», необходимых будущим педагогам и, в целом, специалистам, работающим в сфере «человек-человек».

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
2. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. М: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. СПб, 2000.
4. Психологическое сопровождение процесса обучения и формирование здорового образа жизни у студентов ИвГУ. - Иваново: Изд-во ИвГУ, 2010. – 24 с.
5. Практикум по психологии: Психодиагностика личности / Составитель: Урываев В.А. Ярославль, ЯГМА, 2004. – 60 с.
6. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
7. Юдина Н.В. Санаторий – профилакторий как составляющее звено здоровьесберегающей программы в классическом университете. Иваново: Изд-во ИвГУ, 2010. – 32 с.

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

Орешина И.А.

Курский государственный университет, г. Курск, Россия

Попытки дать определение сексуального здоровья предпринимались многими, но наиболее объективным видится определение данное экспертами ВОЗ:

Сексуальное здоровье есть комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви [6, 296].

Уже ни для кого не остается сомнений в том, что сексуальная революция в 1970-х гг. привела к обострению ряда проблем: рост заболеваемости ИППП, увеличение количества нежелательных беременностей, ранее вступление в половые отношения, психологическая травма после разрыва отношений и т. д. Добрачные половые отношения не способствуют сохранению репродуктивного здоровья населения. При этом именно добрачные половые отношения чаще возникают стихийно под действием инстинктов, эмоций в рискованных ситуациях (беспорядочные половые связи, вступление в половые отношения с малознакомым человеком, алкогольное опьянение, употребление наркотиков, отсутствие контрацепции). Сексуальная революция в большей степени отразилась на поведении девушек, чем юношей. Такая же динамика наблюдается и в нашей стране. Характерным для нашего времени является раннее вступление девочек в половую жизнь. Если в 1970-х гг., по данным С.И. Голода, до 18 лет в половую жизнь вступали 49,5% лиц мужского пола и 24,6% лиц женского пола, а до 16 лет – соответственно 11,7 и 3,7 %, то в 1980-х гг. до 18 лет в первую половую связь вступали уже 81% лиц мужского пола и 43% лиц женского пола, а до 16 лет – соответственно 50 и 10%; в конце 1990-х гг. процент таких лиц увеличился еще больше [3, 314].

С развитием эпидемии ВИЧ/СПИД-инфекции специалисты-психологи и социологи задались вопросом о том, возможно ли изменение общественного сознания, а также мировоззрения и поведения каждого отдельного человека, чтобы свести к минимуму вероятность заражения ВИЧ-инфекцией [6, 321].

Цель исследования: 1. Выявить духовно-нравственный компонент в психологии сексуального поведения. 2. Исследовать влияние духовно-нравственных аспектов на включенность индивида в половые отношения в рискованных ситуациях. 3. Рассмотреть семью, как фактор профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

На современном этапе основной идеей концепции сексуального здоровья должно быть обогащение жизни и личных взаимоотношений, а не просто профилактика тех или иных сексуальных перверзий и инфекций,

передающихся половым путем (ИППП). Россия уже имела негативный опыт безответственного отношения к половому поведению после октябрьской революции, когда свобода и легкость в получении развода привела к тому, что в значительном количестве случаев воспитания детей ложилось только на плечи разведенных женщин, а разрешение аборт привело к снижению рождаемости [1, 92]. Это не отразилось положительно на сексуальном здоровье среди населения.

Одним из элементов сексуального здоровья является «способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики».

При этом нужно учесть, что рискованное половое поведение, относится к факторам риска заражения ИППП. Результаты самых разных исследований доказывают, что склонность к риску, поиск ощущений, сексуальный авантюризм, наличие многочисленных половых партнеров, связаны с поведением, которое повышает риск ВИЧ-инфекции [6, 332]. Поэтому такое поведение не может соответствовать требованиям сексуального здоровья.

Решение сложившихся проблем лежит в основе изучения поведения нормального здорового человека. Нужно выходить из ситуации, когда норма объясняется через патологию, а патология определяется по отношению к подразумеваемой норме, о которой достаточно ничего неизвестно, необходимо обратиться к изучению поведения, физиологии и мотивации нормальных, здоровых, обыкновенных людей в естественных условиях их жизни [6, 296].

По мнению Рубинштейна: «Поведение в том особом смысле, который это слово имеет, когда по-русски говорят о поведении человека. Оно коренным образом отлично от «поведения» как термина бихевиористской психологии, сохраняющегося в этом значении в зоопсихологии. Поведение человека включает в себе в качестве определяющего момента отношение к моральным нормам. Самым существенным в нем является общественное, идеологическое, моральное содержание» [5, 438]. Такое определение поведения позволяет рассматривать поведенческий компонент половых отношений во взаимосвязи с моральными принципами и духовно-нравственными основами индивида. Человек чаще склонен вступить в интимные отношения в рискованных ситуациях (чаще эти ситуации формируются вне брака) при недостаточно развитых духовно-нравственных аспектах личности.

Если учесть, что одна из сторон современной сексологии – это социокультурные знания, то можно предположить, что духовно-нравственная зрелость личности отразится на культуре взаимодействия с половым партнером (поведенческий уровень сексуальной культуры) [6, 296]. Поэтому необходимо рассматривать влияние духовно-нравственной зрелости личности и социальной группы, в которой находится данная личность, на её включенность в половые отношения в рискованных ситуациях. Так как именно в развитии духовно-нравственных основ

личности кроится истинная первичная профилактика ИППП, нежелательной беременности, абортов.

При этом чем выше духовно-нравственная зрелость личности, тем более выражена ответственность за принимаемые решения и поступки. Как мы знаем, «единицей» поведения является поступок, в котором ведущее значение имеет сознательное отношение человека к другим людям, к обществу, к нормам общественной морали [5, 438].

Сформированная нравственность приводит к истинной свободе. Ведь человек стремится не только к примитивному удовлетворению полового инстинкта, но к более глубокому, близкому общению с половым партнером. Согласно современным российским научным социологическим исследованиям респонденты отмечают, что желают иметь в своей жизни любовь, счастливую семью, здоровье. В связи с этим нужно развивать среди молодежи понимание путей реализации их желаний. Т.е. нужно просвещать молодежь, что добрачные половые отношения не приводят к желаемым результатам: удовлетворение временных желаний приводит к последствиям, противоречащим основным целям - созданию семьи, сохранению здоровья. Наши действия не должны противоречить нашим целям. Если мы желаем цели, то мы должны желать и метод достижения нашей цели, не противоречащий нашим внутренним основам и убеждениям [3, 256]. Если человек становится рабом инстинктов, то он малоспособен создать длительные отношения, необходимые для создания семьи.

Наше исследование проводилось среди студентов, которые потенциально могут создать семью в ближайшее время.

Руководствуясь мнением Рубинштейна, что «В поступках, в действиях людей их отношение к окружающему не только выражается, но и формируется: действие выражает отношение, но и обратно — действие формирует отношение. Когда я действительно участвую в каком-нибудь деле, включаясь в его осуществление собственными делами, оно становится моим, его идейное содержание в ходе этой деятельности включается определяющим началом в мое сознание; это изменяет мое отношение к нему и в каком-то отношении меня самого. В этом источник огромного воспитательного значения действительного включения человека в дело, имеющее идейное содержание» [5, 437].

Действия способны выступать в воспитательном значении. Мы использовали, для изучения влияния действительного включения, посещение студентами детского дома города Тирасполя в рамках акции «Твори добро» (участвовало 7 групп, в среднем по 15 человек).

Студенты, после объявления, разделились на 3 части по степени активности участия в акции: одна часть охотно давала пожертвование, интересовалась, чем можно еще помочь детям-сиротам, можно ли лично их навестить в детском доме; вторая часть сомневалась в необходимости своего участия, но, тем не менее, из чувства долга считало это необходимым мероприятием; третья часть, наименьшая, отказывалась участвовать в акции, придумывая различные оправдания этому. Наблюдалось изменение

установок индивидуумов в зависимости от зрелости группы, в которую они входили. В более зрелых группах (коллективах) сомневающиеся студенты мотивировались остальными членами группы пойти в детский дом, на что те охотно соглашались. Группы-конгломераты были мозаичны во мнении по поводу посещения детского дома, но готовность к совместным мероприятиям объединила членов группы при подготовке к посещению данного учреждения. Незрелые группы предпочли сделать только финансовые пожертвования, принести вещи и т. п., но отказались посетить детский дом.

Опрос мнения о впечатлениях после посещения детского дома дал следующие результаты: большинство студентов считают, что такие мероприятия должны проводиться несколько раз в год, высказывали мнение, что теперь они оценивают более полно меру ответственности за беспорядочные половые связи, последствия рождения нежеланного ребенка. При этом все студенты, которые сомневались в необходимости посещения детского дома, изменили свое мнение, видя в этом духовное обогащение. Можно привести некоторые высказывания: «мы получили незабываемый опыт», «хотелось бы ежегодно как-то помогать детям», «хотим прийти ещё раз к детям», «можно ли усыновлять этих детей?», «я почувствовал себя более нравственным человеком, который может помочь кому-то», «родители не должны быть безответственными, я так не сделаю».

Нами проведен опрос 160 студентов (возрастом от 16 до 27 лет) для выяснения их мнения, что может их удержать от вступления в добрачные отношения. На открытый вопрос: «Что, по вашему мнению, может остановить человека от вступления в добрачные половые отношения?» были получены следующие ответы - воспитание (23,8%), религия (21,9%), различные страхи (18,75%), духовная нравственность (17,5%), моральные принципы (15,6%), ничего (8,8%), затруднились дать ответ (6,3%). По данным результатам видно, что молодежь выделяет воспитание (в том числе воспитание в семье) и духовно-нравственные аспекты, как факторы, способные повлиять на вступление в добрачные отношения индивидуума.

В наших исследованиях 88,7% студентов в зрелых студенческих группах отмечают, что добрачные половые связи отрицательно отразятся на создании семьи, в менее зрелых коллективах также 29,4% студентов указывает, что от безответственных половых отношений при создании семьи «придется» отказаться (определение уровня развития группы по карте-схеме психолого-педагогической характеристики группы Л.И. Уманского, А.Н. Лутошкина, А.С. Чернышева).

Многие респонденты считают, что создание семьи приводит к осознанному отказу от половых отношений вне брака, если ранее таковые имелись. Это в свою очередь снижает риск заражения ИППП. Семья выступает, как фактор отказа от половых отношений до брака, так и вне брака, что будет способствовать сдерживанию эпидемии ВИЧ/СПИД - инфекции.

Противостояние индивида современной тенденции моды добрых половых отношений можно определить, как поступок. Поскольку определяющим в поступке является его идеологическое содержание, то в некоторых случаях воздержание от участия в каком-нибудь действии само может быть поступком со значительным резонансом, если оно выявляет позицию, отношение человека к окружающему [5, 438]. Реализация этого поступка базируется на духовно-нравственных началах личности, на развитие которых влияет в первую очередь та микросреда, в которой индивид находится. Такой средой с рождения ребенка выступает семья, а впоследствии малая социальная группа в школе, на работе и т.п.

Человек все более осознает, что достижения материальной культуры составляют лишь фон, а смысл существования заключается в обогащении личности через углубление, упрочнение межлических связей, чему способствует духовно-нравственный рост личности, что в полной мере может проявиться в семейных отношениях.

Выводы:

1. Духовно-нравственная зрелость личности приводит к осознанию ответственности за свои поступки, что снижает вероятность включения индивидуума в рискованное половое поведение, следовательно, снижает риск заражения ИППП.
2. Семья остается ценностью в молодежной среде, связанной с духовно-нравственными основами, что позволяет рассматривать её, как фактор способствующий профилактике ИППП.

Список литературы

1. Дружинин В.Н. Психология семьи: 3-е изд. — СПб.: Питер, 2006.
2. Ильин Е.П. Пол и гендер. — СПб.: Питер, 2010.
3. Кант И. Основы метафизики нравственности. Т. 4. — М.: Мысль, 1963.
4. Ларина Г.Н. Социально-психологические детерминанты представлений о свободе личности и их актуализации в молодежных группах: дис. ...канд. психол. наук. — Курск, 2009.
5. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — СПб.: Питер, 2007.
6. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2006.
7. Чернышев А.С., Сарычев С.В. Динамика мироощущения и самоопределения подростков и юношей в изменяющейся России на рубеже XX-XXI веков: Программа социально-психологического исследования. — Курск, 2008.
8. А. С. Чернышев Актуализация представлений о свободе в структуре мироощущений и поведении современных подростков и юношей. — ИП РАН, Курск, 2009.

ОСОЗНАННОЕ РОДИТЕЛЬСТВО КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА.

Пасечник И.П., Курова Л.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Дети – это будущий потенциал любого общества и в то же время – самая незащищенная категория населения. Их выживание полностью зависит от родителей, от психологической атмосферы, в которой они появляются на свет и формируются как личности, их развитие осуществляется во взаимодействии с взрослыми. Современный взгляд на развитие детей подчеркивает важность самых ранних периодов жизни (включая внутриутробный) в формировании физического и психического здоровья в последующие годы. Психомоторное и биологическое развитие в течение первых лет жизни зависит от качества его стимулирования в окружающей ребенка среде на уровне семьи и общества.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о тесной связи между наличием необходимых компонентов нормального развития ребенка (отношение, уход, питание, защита, забота о здоровье) и его состоянием здоровья [3, 22-36; 4, 578-89]. Этот подход полностью относится к перинатальному периоду развития ребенка, который наряду с ранним детством, является определяющим в процессах становления здоровья человека. Накапливается все больше объективных данных о том, что постнатальная адаптация организма, состояние здоровья, физическое и психологическое развитие ребенка зависят от особенностей течения пренатального периода, стиля восприятия беременности, степени родительской заботы [1, 13-19; 3, 22-36]. Таким образом, становится очевидным, что отношение к детям, как к будущему потенциалу общества, требует четкого осознания роли биологических, психологических и социальных факторов в развитии ребенка, ответственности семьи и общества за создание гармоничной среды для жизни, начиная с пренатального периода.

Актуальность проблемы создания безопасной среды для рождения и развития ребенка обусловлена ослаблением внимания профилактическому направлению, которое должно быть приоритетным в системе охраны здоровья детей, недостаточной информированностью населения о здоровом образе жизни, рациональном питании, профилактике инфекционных заболеваний, сохранении репродуктивного здоровья, осознанном подходе к планированию семьи и рождению ребенка. Необходимым в решении поставленных задач является повышение образовательного уровня населения по вопросам планирования семьи, осознанного подхода к рождению ребенка, создания гармоничной среды для его рождения и развития.

Целью проведенного нами исследования было изучение уровня информированности молодежи, как репродуктивного потенциала общества, по вопросам осознанного подхода к планированию семьи и рождению ребенка. В рамках исследования проведено анкетирование девушек – студен-

ток одного из колледжей города Харькова в возрасте 18-22 лет (110), 11% (12) из которых находились в браке и 5,5% (6) были беременны. Анкета состояла из разделов, касающихся мотивов и готовности к рождению ребенка, поведения во время беременности и особенностей ее течения, особенностей новорожденных детей и постнатального общения матери и ребенка. При обработке полученных результатов использован статистический пакет общего назначения STATISTICA 6.0.

Опрос молодежи показал достаточно высокий уровень информированности по факторам, оказывающим влияние на состояние здоровья будущего ребенка. Так, все опрошенные правильно указали последствия табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков, слабоалкогольных напитков, «энергетиков» для беременной и плода. Главными составляющими понятия «готовность к рождению ребенка» были отмечены: 83% – обоюдное взвешенное желание партнеров иметь ребенка, 29% – наличие стабильной работы, 25,5% – наличие отдельного жилья и 25,5% – заключение официального брака с партнером, 8,2% – прекращение приема контрацептивных средств. Среди мотивов рождения ребенка: 36% (40) – «семья должна иметь ребенка» и 36% (40) – «ради появления на свет ребенка от любимого человека», 19% (21) – «рождение ребенка для себя», 6,4% (7) – для укрепления отношений в браке, 1,8% (2) – для удержания партнера. Обращает внимание, что, описывая понятие «прегравидарная подготовка», только 27,3% (30) девушек считает, кроме оценки состояния здоровья будущих родителей и изменения их образа жизни, необходимым получение научной информации по вопросам планирования и течения беременности и родов, психофизиологических особенностей детей грудного возраста, формирования материнской привязанности и навыков общения с детьми. Подготовка должна осуществляться в условиях «школы ответственного родительства» женской консультации (49%), в частных семейных клубах (12%), а 28% (31) респондентов считают, что можно воспользоваться только советами матери, близких и друзей.

В вопросе выбора формата пренатального наблюдения, 71% (78) отдает предпочтение наблюдению в условиях женской консультации, а 29% (32) – у «своего знакомого» врача. Отвечая на вопросы, касающиеся партнерских родов, 50% (55) считают, что роды должны проходить только в присутствии медперсонала, 30% (33) – муж должен находиться с женщиной после рождения ребенка, 13,6% (15) считают необходимым присутствие мужа в течение всех периодов родов.

Раннее грудное вскармливание, контакт «кожа к коже», совместное пребывание матери и ребенка играют важную роль в процессах постнатальной адаптации ребенка и формирования материнской привязанности. Общеизвестно, что именно круглосуточное пребывание матери и ребенка, кормление в ночные часы способствует адекватной продукции грудного молока. Однако, 34,5% (38) респондентов готовы в первые сутки после рождения отдавать ребенка в детскую палату для возможности ночного отдыха, а 9% (10) – хотят, чтобы ребенка только приносили кормить. Вы-

зывает озабоченность, что 9% (10) потенциальных мам считают, что при отсутствии достаточного количества грудного молока, ребенка можно кормить разбавленным коровьим молоком. Это свидетельствует о низком уровне информированности по вопросам рационального вскармливания детей первого года жизни, особенностям их развития.

Для достижения успешных результатов в снижении показателей заболеваемости и смертности среди детей раннего возраста только предоставление населению квалифицированной медицинской помощи является недостаточным. Семья, в первую очередь, несет ответственность за обеспечение ухода и гармоничного развития своих детей. Улучшение практики ухода за ребенком в семье и обществе является одной из основных частей стратегии «Интегрированного ведения болезней детского возраста» («Integrated Management of Childhood Illness»), разработанной и внедряемой Департаментом ВОЗ «Здоровье и развитие ребенка и подростка» и ЮНИСЕФ. Это предусматривает достаточный уровень информированности родителей по вопросам развития детей и особенностей их состояния здоровья, включая основные симптомы тревоги, знание которых необходимо для своевременного обращения за медицинской помощью. При проведении опроса молодежи особенности новорожденных детей, включающие физические, психомоторные и эмоциональные характеристики, правильно описали только 16% (18). Возможные причины плача грудного ребенка всеми респондентами указаны правильно, однако, при описании симптомов тревоги нет четко обозначенных нарушений в состоянии ребенка, которые требуют немедленного обращения к врачу. В течение последних десятилетий внимание ученых всего мира привлекает одна из самых драматичных и до сих пор, не выясненных проблем медицины — синдром внезапной смерти грудного ребенка (Sudden Infant Death Syndrome - SIDS). Первичная профилактика синдрома внезапной смерти сводится к медицинскому образованию населения, чтобы уже в момент планирования беременности семья знала о факторах риска этого состояния, отказалась от вредных привычек, соблюдала принципы рационального питания и здорового образа жизни. Результаты нашего опроса показали, что 29% (32) не знают факторов риска синдрома внезапной смерти грудного ребенка.

Период раннего детства характеризуется интенсивным развитием мозга, именно в эти годы он наиболее чувствителен к внешним воздействиям. Если пренатальный период и первые годы жизни проходят в неблагоприятной для эмоционального и физического развития среде, это приводит к задержке физического, когнитивного, социального развития и повышает риск возникновения психосоматических заболеваний [5, 434-445]. При описании планируемой тактики воспитания ребенка первого года жизни 38% (42) респондентов отметили, что грудному ребенку необходим постоянный эмоциональный, зрительный и тактильный контакт с мамой. В необходимости «приучать ребенка к режиму» с момента рождения, как можно реже брать его на руки, чтобы «ребенок не привыкал к рукам», уверены 62% (68). В оценке развития ребенка первого года жизни для

45,5% (50) будущих мам более важными оказались физические умения ребенка, для 33% (36) – его эмоциональные реакции, для 4,5% (5) – степень послушания малыша.

На сегодняшний день научно доказано, что постнатальная адаптация организма, состояние здоровья, физическое и психологическое развитие ребенка зависит от взаимоотношений между родителями, особенностей течения пренатального периода, стиля восприятия женщиной беременности и степени родительской заботы [2, 96-120]. Результаты проведенного исследования вызывают озабоченность недостаточным уровнем информированности молодежи о роли биологических, психологических и социальных факторов в развитии будущего ребенка, ответственности семьи за создание гармоничной и безопасной среды для его жизни, начиная с пренатального периода и периода раннего детства.

Таким образом, готовность молодежи к осознанному рождению ребенка, сформированность родительской компетентности, позволяющей ответственно выполнять свои функции, является важнейшим в укреплении здоровья будущего потенциала общества и разрешении демографической ситуации. Важная роль в предоставлении информации молодежи принадлежит государственным и общественным организациям, средствам массовой информации, специальным информационно-просветительским программам по вопросам подготовки к осознанному родительству.

Список литературы

1. Брехман Г.И. Пренатальные (дородовые) истоки немотивированного насилия. - «Вестник Дома ученых Хайфы». - Т. XIII. - 2008. - С. 13-19.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. - СПб.: Питер, 2010. – 272 с.
3. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. - 2001. - № 2. - С. 22–36.
4. Cerezo MA; Pons-Salvador G; Trenado RM Mother-infant interaction and children's socio-emotional development with high- and low-risk mothers. *Infant Behavior & Development [Infant Behav Dev]* 2008 Dec; Vol. 31 (4), pp. 578-89. Date of Electronic Publication:2008 Sep 14.
5. Luipen S. J., Mc. Ewen B.S., Gunnar M.R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat. Neurosci.*, 10(6); 434-445.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АФФЕКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И СКЛОННОСТИ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ

Пастух И.А., Маслова Е.В., Белов А.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В настоящее время одной из наиболее важных проблем современного российского общества является увеличение числа различного рода аддикций среди юношей и подростков. По данным официальной медицинской статистики наблюдается активное вовлечение значительной части молодежи в незаконное употребление наркотиков и других психоактивных веществ.

В отечественной психолого-педагогической литературе проблемы, посвященные отклоняющемуся поведению, связаны главным образом с трудными детьми и подростками, которые представляют собой группу повышенного социального риска. Общеизвестно, что поведение подростков отличается рядом особенностей: недостаточностью жизненного опыта, низким уровнем самокритики, не умением всесторонне оценивать жизненные обстоятельства, повышенной эмоциональной возбудимостью, импульсивностью, двигательной и вербальной активностью, внушаемостью, подражательностью, стремлением к престижу в референтной группе, неуравновешенностью процессов возбуждения и торможения. При неблагоприятных социальных условиях эти особенности «катализируют» вредные влияния, приобретают негативную направленность. По мнению Е.А. Змановской отклоняющееся поведение занимает свою собственную нишу среди психических феноменов [1, С. 8-9]. Оно существует наряду с такими явлениями, как психические заболевания, патологические состояния, неврозы, психосоматические расстройства. Одним из типов дивиантного поведения является аддиктивное поведение. При нем формируется стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния с помощью приёма психоактивных веществ [3, С. 59-60]. С.А. Кулаков, считает что, при аддиктивном поведении болезнь как таковая, ещё не сформировалась, а имеет место нарушение поведения, в отсутствие физической и индивидуальной психологической зависимости [4, С. 56]. При аддиктивном поведении наблюдаются аномалии психического реагирования, которые проявляются застывшей структурой или сужением спектра психических реакций, изменением их силы и длительности последних. Основными незрелыми структурами при этом остаются самосознание, интеллект, эмоциональная и мотивационные сферы. По данным А.Е. Личко на поведение подростка оказывает влияние складывающаяся «система отношений», особенности взаимоотношений подростков с учителями, их положение в классе, психологическая атмосфера в школе, отношение учащихся, к обучению, самой школе, своему будущему, жизненным целям [5, С.27]. В работах А.В. Мудрика и И.С. Кон типичными чертами подростков

с отклоняющимся поведением являются стремление к новизне и оригинальности поведения, желание понимать, бороться, достигать, утверждаться, пытаться изменить существующую систему оценок и взглядов, принятых в среде ближайшего окружения [6, С. 79, 2, С. 117].

Учитывая разнообразие индивидуального развития личности, можно предполагать, что нет как единой «первопричины», так и единого механизма формирования аддиктивного поведения. Неблагоприятные факторы при определенных условиях могут приводить к образованию специфических механизмов развития аддиктивного поведения, но один из факторов будет выступать ведущим, интегративным. Анализ изученных работ показал, что существующая практика профилактики аддиктивных расстройств не в полной мере решает задачи по его предупреждению. Возникает необходимость изучения когнитивных и аффективных особенностей личности у школьников старших классов склонных к отклоняющемуся поведению.

Целью исследования являлось изучение связи между склонностью к аддиктивному поведению и особенностями когнитивной и аффективной сферы у старших школьников с последующей разработкой программы психокоррекционной программы.

Гипотеза исследования заключалась в предположении, что склонность к аддиктивному поведению взаимосвязана с особенностями когнитивной и аффективной сфер школьников старших классов.

На базе муниципального образовательного учреждения средней общеобразовательной школы г. Курска нами обследовано 52 ученика, средний возраст которых составил 16 ± 2 года. Склонность к аддиктивному поведению у школьников старших классов оценивалась «Методикой диагностики склонности к отклоняющемуся поведению» (А.Н. Орел, 1999). Аффективная сфера обследуемых изучалась с помощью «Методики диагностики уровня школьной тревожности Филипса» и «Опросника агрессивности Басса-Дарки». Для исследования когнитивной сферы использовался тест измерения уровня интеллектуального развития по шкале интеллекта Д. Векслера (WAIS). Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 6.0 с использованием описательных статистик, коэффициента корреляции R-Spearman и критерия U-Mann-Whitely.

В результате обработки данных, полученных в ходе исследования когнитивных и аффективных особенностей и склонности к аддиктивному поведению старших школьников, было выявлено, что 20,0% школьников обнаруживают предрасположенность к аддиктивному поведению. Склонность старших школьников к аддиктивному поведению взаимосвязана со следующими показателями: общая школьная тревожность (R-Spearman=0,439311 при $p\text{-level} < 0,01$), переживание социального стресса (R-Spearman=0,280943 при $p\text{-level} < 0,05$), страх самовыражения (R-Spearman=0,325121 при $p\text{-level} < 0,05$), физиологическая сопротивляемость стрессу (R-Spearman=0,313826 при $p\text{-level} < 0,05$), агрессивность (R-Spearman=0,466354 при $p\text{-level} < 0,05$) и враждебность (R-

Spearman=0,444667 при $p\text{-level}<0,05$). Статистически значимых связей между склонностью учащихся к аддиктивному поведению и уровнем интеллекта не обнаружено.

Выявленные аффективные характеристики учеников предрасположенных к аддиктивному поведению свидетельствуют о недостаточной их эмоциональной приспособленности к тем или иным социальным ситуациям. Эмоциональное состояние на фоне, которого развиваются их социальные контакты, является напряжённым, негативно окрашенным, вследствие чего у школьников могут возникать трудности при взаимодействии со сверстниками, а так же проблемы в самораскрытии. В связи с тем, что на данном возрастном этапе у школьников старших классов ряд физических и психофизиологических перестроек еще не завершен полностью, у них могут возникнуть трудности адаптации к среде, что в свою очередь, может привести к повышению уровня агрессивности и враждебности. Те школьники, у которых проявления тревожности и агрессивности являются выраженными, как правило, воспринимают окружающую обстановку как опасную, несущую в себе определенную угрозу. Это может привести к их дезадаптации и нарушению нормальной жизнедеятельности, а так же способствовать формированию склонности к аддиктивному поведению. Результаты проведенного эмпирического исследования целесообразно рассматривать в качестве основания для построения программы психокоррекционного воздействия подросткам, обнаруживающим высокий потенциал аддикции.

Список литературы

1. Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). – М.: Издательский центр Академия, 2003. – 288 с.
2. Кон И.С. Психология старшеклассника. М.: Просвещение, 1988. – 210 с.
3. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. – Новосибирск, 1990. – 224с.
4. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. – М.: Просвещение-АСТ, 1998. – 462 с.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова. – Санкт-Петербург: Речь, 2009. — 256 с.
6. Мудрик А.В. Учитель: мастерство и вдохновение. – М.: Просвещение, 1986. – 160 с.

РОЛЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕТЕНЦИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Пашина И.В., Шестакина Н.В., Рындина В.В., Пашина М.Е.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

На современном этапе развития нашего общества огромное внимание придается профилактическому направлению медицины на разных уровнях. На государственном уровне разработана концепция развития Российской Федерации на период до 2020 года, в которой определены ведущие факторы риска заболеваемости и смертности населения. Это позволяет формировать профилактические стратегии здорового образа жизни как индивидуума в частности, так и популяции в целом. Данная концепция легла в основу реформирования здравоохранения. Задачи органов государственной власти и общественного самоуправления создавать условия для укрепления здоровья населения и предупреждать факторы, угрожающие жизни и здоровью людей.

Формирование у населения здорового образа жизни - это основная задача общественного здравоохранения. По словам министра здравоохранения и социального развития РФ Т. Голиковой, нужно направлять политическую волю и организационные усилия на массовые профилактические программы, формирование привычки к здоровому образу жизни, переориентировать здравоохранение на работу с еще здоровыми людьми. Одновременно с развитием цивилизации снизилась повседневная физическая активность, население изменило пищевые стереотипы в сторону высококалорийных продуктов, тем самым это привело к болезни цивилизации – ожирению. Возрастание влияния рекламы на поведение людей: курение, злоупотребление алкогольными напитками, изменение сексуального поведения, незаключение браков рассматривается населением как удовольствие и единственная радость в жизни, особенно опасно воздействие рекламы на подростков, когда формируются основные стереотипы взрослой жизни. Тогда как правильное питание, занятие спортом, соблюдение режима труда и отдыха, защищенный секс – рассматриваются как скучные, никому не нужные занятия, особенно у подростков, которые в силу возраста и запаса здоровья не в состоянии оценить все риски[2,92].

Многочисленные исследования относительных рисков чрезмерного употребления алкоголя выявили его связь с ИБС, инсультом, диабетом, раком печени, груди, пищевода, кишечника, циррозом печени, эпилепсией, депрессией [2, 213].

Курение является фактором риска развития рака ротовой полости, губы, глотки, пищевода, гортани, трахеи, легких, шейки матки, мочевого пузыря, почек; фактором риска развития гипертонии, ишемической болезни сердца (ИБС), острых и хронических заболеваний легких [2, 227].

Употребление энергоемких продуктов способствует ожирению, повышает риск инсульта, диабета, заболеваний суставов, рака кишечника и молочной железы. Недостаточное употребление овощей и фруктов – фактор риска преждевременной смерти от ИБС, инсульта, рака желудка, кишечника, пищевода и легких [2, 70].

Гиподинамия – повышает риск развития ИБС, рак молочной железы, кишечника и диабета.

Формирование здорового образа жизни – это каждодневный монотонный труд по укреплению своего здоровья. Что является весьма сложной задачей. Поведение человека формируется под влиянием его социального окружения: коллеги, учителя, врачи, семья, друзья, соседи и др. и меняется на протяжении всей жизни [2, 12]. И степень влияния того или иного фактора тоже динамична с течением времени. И деятельность органов здравоохранения важный, но далеко не единственный и, к сожалению, не основной фактор воздействия на образ жизни. Большое значение имеет политика государства, заработок, условия жизни и труда, образование, социальная среда и т.п. Многое определяется генетическими особенностями. Сам процесс изменения поведения человека в сторону здорового образа жизни является длительным и не всегда равномерным.

В формировании врача-специалиста преподаватели университета имеют очень большое значение, своим личным примером показывая отношение к своему здоровью. Образовательные стратегии заключаются в разъяснении факторов поведения способствующих и угрожающих здоровью [3]. Современный образовательный процесс оснащен большим количеством технических средств и точно направлен на усвоение студентом материала темы лекции или практического занятия. Значимость общения преподавателя со студентами заключается в том, что оно способствует установлению связей между людьми, регулирует их совместную деятельность, является инструментом познания мира и общества, основой самопознания человека и его самоопределения и формирования образа его жизни. Через эмоциональные переживания в процессе общения происходит изменение человека, формирование его как врача, которое может быть естественным или направленным (преподаватель – студент) [3].

Проблемы общения и вопросы, возникающие при обучении медицинским знаниям, теснейшим образом связаны и зависят от личностных свойств преподавателя. Известно, что очень часто любовь к предмету и профессии начинается с любви к преподавателю. Роль последнего чрезвычайно велика, т.к. обучающемуся свойственно перенимать интересы, ценности, идеалы, манеры, привычки и обычаи окружающих людей, пропитываться их мыслями, стремлениями, желаниями [1]. Преподавание общественного здоровья напрямую связано с объяснением студентам понятий валеологии, здорового образа жизни, факторов риска заболеваний и их профилактики. И преподаватель общественного здоровья как никто другой своим личным примером может показать свое отношение к индивидуальному здоровью и здоровью общества в целом и воздействуя на умы фор-

мирующихся специалистов, заложить у них стремление к сохранению здоровья и продление профессионального долголетия. Ведь врач своим личным примером, а не только теоретическими знаниями может помочь пациенту восстановить утраченное здоровье или путем минимизации или устранения факторов риска препятствовать его потере. В процессе обучения социальности педагог неминуемо формирует психику студента, толкает его мысли в определенном направлении, зарождает соответствующие им чувства, пробуждает свойственные им стремления.

Каждое слово педагога, жест, поступок, ухоженный внешний вид, манера поведения являются элементами учебно-воспитательного процесса. Главное условие превращения потенциальных возможностей в реальные достижения – желание приобретения качеств и наличие реального их носителя, как примера.

В этой связи роль преподавателя, как примера для подражания, в том числе и моральным качествам трудно переоценить. На основе подражания передаются любовь и сострадание к ближнему, жертвенность и милосердие, внимание и терпение, спокойствие и ответственность. Эмоциональная бедность преподавателя во время лекции или практического занятия резко уменьшает желание студентов к приобретению знаний [1]. Излишняя эмоциональность так же вредна. И задача преподавателя найти ту грань, когда учебный процесс становится интересным для обеих сторон и обучающего и обучаемого и в дальнейшем заложит основу для общения с пациентами.

Только гармоничное формирование личности студента предполагает активное развитие положительных характерологических черт, которые служат многообразным интересам будущего специалиста и достижению наивысших результатов в избранном виде деятельности.

Педагогический и научный авторитет, личность педагога, высокий научно-методический уровень преподавания, насыщенность теоретическими знаниями и практическими навыками увеличивает у студента интерес к познанию предмета, приучает к ответственности и усиливает стремление к удовлетворению потребностей в новой информации [4]. А стремление к получению эстетического удовольствия у молодежи только усиливает процесс обучения.

Наиболее эффективное обучение студентов основам здорового образа жизни должно проходить не в обстановке навязывания своего мнения, в поучении, нажиме или вторжении в личное пространство [4]. Этот процесс необходимо обогатить личными примерами, примерами жизни исследователей общественного здоровья, мета-анализами и рандомизированными исследованиями. Только искреннее общение может открыть двери к наиболее полному восприятию информации. Необходимо быть внимательным к собеседнику, услышать суть его проблемы и помочь ему в выборе нравственного поведения.

Установление правильных взаимоотношений в процессе обучения весьма полезно не только для предотвращения и устранения конфликтных ситуаций и коммуникативных барьеров, но и для творческого становления,

духовного роста личности и формирования здорового образа жизни всех участников общения в медицине и педагогике.

Список литературы

1. Бодалев, А.А. Психология общения / А. А. Бодалев. М.: Высшая школа, 1996. - 390 с.
2. Здоровый образ жизни и его составляющие: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жилов. - М.: Академия, 2007. – 256 с.
3. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. - М.: Медицина, 1999. 588 с.
4. Ухтомский, А.А. Доминанта / А.А. Ухтомский. СПб.: Питер, 2002. - 448 с.

ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ ДЕТСКО–РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Петраш Е.А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

В условиях интенсивных общественно-политических и социально-экономических изменений, характеризующих последнее десятилетие, актуальным встал вопрос о причинах снижения эффективности социального функционирования людей. В связи с этим ученые пришли к пониманию того, что основной из причин является снижение здоровья населения, рассматриваемого в качестве ресурса полноценного социального функционирования человека. Ценности здоровья россиян в последние годы придается значение на самых высоких уровнях государственной власти.

Актуальность проблемы обусловлена, в первую очередь, противоречиями между возрастающими требованиями к формированию здоровой, творческой, активной, социально ответственной личности и несформированностью ценности здоровья.

Согласно определению, данному Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), здоровье – это полное телесное, душевное и социальное благополучие, а не только отсутствие дефектов. К. Роджерс (2004) определяет здоровье как способность к интеграции жизненного опыта.

Признаками здоровья являются следующие: 1) структурная и функциональная сохранность систем и органов человека; 2) индивидуальная приспособляемость к физической и общественной среде; 3) сохранность привычного самочувствия.

Являясь сложным системным феноменом, здоровье попадает в предметное поле многих научных дисциплин и носит междисциплинарный характер. Можно выделить четыре основные концептуальные модели здоровья (Калью П.И., 1998):

а) медицинская модель – предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья, здоровьем считают отсутствие болезней и их симптомов.

б) биомедицинская модель – рассматривает отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья.

в) биосоциальная модель – в понятие здоровья включаются биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но социальным признакам придается приоритетное значение.

г) ценностно-социальная модель здоровья предполагает, что здоровье – ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в труде и социальной жизни, экономической, политической, научной, культурной и других видах деятельности. Этой модели наиболее полно соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

Система ценностей личности, выступая в качестве основы мировоззрения и ядром мотивационно–потребностной сферы, отражает содержательную сторону направленности личности. Система ценностей составляет основу отношений личности к окружающему миру, к другим людям, к самой себе (Д.В. Каширский, 2002). Б.Г. Ананьев (2001) рассматривает ценности и ценностные образования как базовые, «первичные» свойства личности, определяющие мотивы поведения и формирующие склонности и характер.

Ценностное отношение не возникает до тех пор, пока субъект не обнаружит для себя проблематичность удовлетворения своей актуальной потребности. Так, здоровье и жизнь становятся ценностью для человека именно потому, что им начинают реально угрожать болезни и смерть.

Ценностное содержание здоровья аккумулируется в отношении человека (социума) к своему состоянию, которое обеспечивает успешную (достойную, приемлемую для данных условий) жизнедеятельность. Вместе с отношением человека к здоровью выстраивается система его ценностных ориентации, предпочтений, целей, без которых человеческое существование лишается смысла. В свое содержание здоровье как ценность включает множество субценностей, имеющих смысложизненное значение для человека.

Н.Е. Новикова и О.В. Тиунова (2008) на основании результатов проведенного исследования системы ценностей отметили, что из списка терминальных ценностей (М. Рокича) целесообразно отдельно рассматривать три показателя, формирующих «ценности здоровья»: ценность «здоровье», включающая в себя две составляющие - психическое и физическое здоровье; ценность «развитие», рассматриваемая как работа над собой, постоянное духовное и физическое самосовершенствование; ценность «уверенность в себе», характеризующая внутреннюю гармонию, свободу от внутренних противоречий и сомнений. В этом отношении о здоровье можно говорить как об универсальной ценности.

Здоровье индивида как ценность - это значимость меры возможного осуществления человеком целенаправленных и осознанных действий (ограничение неумением не в счет) без ухудшения своего физического и духовного состояния, без потерь в адаптации к жизненной среде. По своей структуре здоровье как ценность включает два основных компонента. Объективный компонент - это совокупность возможностей, которые могут быть реализованы при наличии полноценного здоровья. Это может быть статусная роль в обществе, профессия, род занятий, продолжительность жизни и т.п. Субъективный компонент здоровья как ценности - это отношение субъекта к своему здоровью, выражающееся в предпочтениях, ценностных ориентациях, мотивации в поведении по отношению к здоровью.

Развитие ценностей осуществляется через их усвоение в социальных группах и трансформацию из общественных в личностные. Среда при этом выступает источником ценностей. Этот процесс можно рассматривать, по меньшей мере, в двух аспектах. Во-первых, как движение от ценностей социальных групп (социальное, внешнее) к личностным ценностям (социальное, внутреннее). Этот процесс обозначается понятием интериоризации. Во-вторых, как движение от структуры индивидуальной мотивации, основанной исключительно на потребностях (внутреннее, биологическое) к структуре, в которой главенствующую роль играют ценности (внутреннее, социальное). Этот процесс называется социализацией. Интериоризация и социализация применительно к становлению личностных ценностей представляет собой две стороны одного процесса, рассматриваемого соответственно в аспекте трансформации самих ценностей и трансформации структуры индивидуальной мотивации.

Ценностные ориентации формируются на основе высших социальных потребностей, и их реализация происходит в общесоциальных, социально-экономических условиях деятельности (С.Л. Рубинштейн, 2004).

Под воздействием разных влияний (неполнота или распад разносторонних отношений и связей человека с окружающей средой) возрастает вероятность угрозы биосоциальной сущности человека с последствиями снижения его потенциала развития и адаптации. Примером выступает повышение риска дезадаптации у детей из неблагополучных семей или воспитанных вне родительского дома (И.В. Ярославцева, 2002; Н.В. Костылева, 2005).

Именно взаимоотношения в семье определяют социально-психологическое благополучие или неблагополучие ребенка, характеризующие содержание ценности здоровья. Семья рассматривается как среда, где происходит выработка и принятие ценностей молодым поколением. Родители оказывают влияние на формирование иерархии ценностей у детей. Таким образом, детско-родительские отношения целесообразно рассматривать в качестве условия формирования ценности здоровья, обеспечивающего доминирующую роль в многоуровневой иерархической системе ценностных ориентаций.

Детско-родительские отношения представляют собой многомерное образование, характеризующееся следующими параметрами: принятие или отвержение ребенка, межличностная дистанция, контролирование, социальная желательность поведения. Детско-родительские отношения отражают содержательную сторону феномена родительства. Отношения определяются как целостная система индивидуальных избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами действительности; эта система вытекает из всей истории развития человека, она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия и переживания (В.М. Мясищев, 1995). В соответствии с теорией отношений, предложенной В.М. Мясищевым (1995), выделяется три группы отношений: отношения к себе, отношение к другим людям, отношение к предметному миру.

Таким образом, ценность здоровья, выступая в качестве основы мировоззрения и ядром мотивационно-потребностной сферы, отражает содержательную сторону направленности личности, опосредует отношения личности к окружающему миру, к другим людям, к самой себе. В системе ценностных ориентаций ценность здоровья определяется как необходимая предпосылка полноценного активного социально-психологического функционирования личности. Детско-родительские отношения выступают необходимым условием формирования ценности здоровья и отражают содержательную сторону феномена родительства. Формирование ценности здоровья и поддержание ее системообразующей роли в иерархической системе ценностных ориентаций личности определяется эффективностью функционирования системы детско-родительских отношений.

Список литературы

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
2. Брехман И.И. Валеология–наука о здоровье. – М.: Физкультура и спорт, 1990. – 208 с.
3. Черевач Г.Б. Влияние детско-родительских отношений на развитие ценностно-потребностной сферы личности дошкольника : диссертация ... кандидата психологических наук – Томск, 2006.

КРИТЕРИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Петрова В.М.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Речь в отечественной психологии принято понимать как, исторически сложившуюся форму общения, средством которого является язык. Где общение - это процесс взаимодействия людей.

Выделяют несколько подходов в изучении речи. Многие исследователи с большой убедительностью показали, что все психические процессы

у ребенка – восприятие, память, внимание, мыслительные операции, воображение – развиваются через речь (Л.С. Выготский, А.Л. Леонтьев, А.Р. Лурия и др.).

Речь, как деятельность рассматривал А.Н. Леонтьев. В этом подходе главной целью человека является совершение рече-двигательного действия (то есть цель - сказать), а не донести информацию до собеседника.

Выделяют две стороны слова: звуковая оболочка и значение. Звуковая оболочка – фонема, определенная аутентическая частота. Фонематический слух – это способность вычислить звуковые формы языка из всех звуков.

Значение – смысловая оболочка слова. Значения формируются у ребенка в ходе предметной деятельности (Леонтьев А.Н.).

Речь - системное психическое образование, возникающее из-за совокупности воздействий на психику и ее развитие, различных факторов. Таких как:

Общение - телесный, эмоциональный и речевой контакт матери с ребенком. (Г. Л. Розенгарт-Пупко, С. Ю. Мещеряковой).

Психические процессы: ощущения, как частичное психическое отражение реальности; мышление; фонематическая память (Выготский Л.С.).

Физиологические особенности голосового аппарата ребенка.

После возникновения речи психика человека переходит на более высокий уровень развития, вследствие чего мы наблюдаем появление новообразований:

Общение - процесс взаимодействия людей направленный на установление и удержания контакта (М.И. Лисина).

Мышление как высшая психическая функция. Так как речь – это необходимое условие развитие мысли (Дж. Брунер).

Память, так как речь - это символическая активность, по средствам которой, фиксируются результаты познавательной активности (Ж. Пиаже).

Восприятие - интеграция ощущений в единую картину мира с помощью речевых высказываний (значения, смыслы).

Один из ранних этапов развития речи ребенка - автономная речь - являющийся переходным к овладению "взрослой" речью. Такая речь получила название автономной, так как у нее другая звуковая система, другая смысловая сторона, другие формы общения и другие формы связывания. При автономной речи еще не раскрыта вторая сторона слов - значения. На этом этапе развития формируется и полностью усваивается первая сторона – звуковая оболочка слова (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия). Слова автономной речи отличаются от слов взрослой речи и по значению. Значение слов автономной детской речи почти всегда очень сложно. Оно не расчленено на отдельные качества, как значения отдельных слов, такое значение представляет собой целостную картину.

Автономная речь обладает общими характеристиками:

Ситуативность - неустойчивое значение слов, их неопределенность и многозначность.

Эмоциональность – способ обобщения, основанный на субъективных чувственных впечатлениях, а не на объективных признаках или функциях предмета.

Содержит плавающие понятия – то есть ребенок объединяет в одном слове признаки неродственных предметов.

Характеризуют следующие фонетические особенности автономной детской речи: особую слоговую структуру (в основном одно- и двухсложную); неясность и неотчетливость отдельных звуков (и гласных, и согласных); замену одних звуков другими; удвоения; перемещение слогов (И. А. Сикорский 1881).

А так же сокращение слогов (укорачивание слов), изменение отдельных звуков, упрощение сочетаний звуков, пропуск отдельных звуков, замену одних звуков другими, удвоение звуков или группы звуков и разные типы ассимиляции (Сёлли 1901: 174-183).

Автономная речь ребенка обеспечивается функционированием определенных физиологических механизмов. Речь – сложнейшая система условных рефлексов. Ее основу составляет вторая сигнальная система, условными раздражителями которой являются слова в их звуковой форме. Звуки, будучи вначале для отдельного человека нейтральными раздражителями, становятся условными речевыми раздражителями в процессе повторного сочетания их с первосигнальным раздражителем, вызывающим восприятия и ощущения предметов и их свойств. В результате они приобретают смысловое значение, становятся сигналами непосредственных раздражителей, с которыми сочетались. Образовавшиеся при этом временные нервные связи в дальнейшем укрепляются путем постоянных речевых подкреплений, делаются прочными и приобретают двусторонний характер: вид предмета немедленно вызывает реакцию его называния и, наоборот, слышимое или видимое слово сейчас же вызывает представление обозначаемого этим словом предмета.

Существует несколько основных теорий, объясняющих процесс усвоения ребенком родного языка. Эти теории отражают два принципиально различных подхода.

Генеративное направление или теория оптимальности: языковые категории, будучи врожденными, только «созревают» в процессе усвоения ребенком родного языка (Borer, Wexler 1987; Clahsen 1991; Poeppel, Wexler 1993; Weissenborn 1990; Wexler 1996).

Функциональный или конструктивистский подход: дети не имеют в своем арсенале «взрослых» грамматических категорий, а сами конструируют грамматику родного языка (В.У. Дресслер, Дж. Л.Байби, Д.И. Слобин, М. Томазелло, Jakobson 1944; Dressler, Karpf 1995; Karnmiloff-Smith 1995; Slobin 1985, 1997; Tomasello 1992, 2001, 2003).

При формировании у ребенка автономной речи используются "слова", являющиеся результатом искажения детьми слов взрослых, при этом обычно выделяется ударный слог, который может повторяться дважды.

Ребенок фонетически узнает и усваивает те звуки, которые являются специфическими для языка, на котором происходит общение в окружение ребенка. Соответственно первые слова ребенка фонетически будут соответствовать нормам родного языка (Н.Л. Фигурин, М.П. Денисов, Р. Якобсон).

Создание ребенком «собственного» языка в период развития автономной речи в рамках детского дву- и трехязычия происходит более сложно, если языковая среда ребенка слишком разнообразна, то есть языки используемые взрослыми в его окружении относятся к разным языковым группам (Kopcke 1982; Kopcke, Zubin 1984; Tucker, Lambert, Rigault 1977).

Вскоре речь ребенка переходит на качественно новый уровень - взрослая речь. Такая речь выполняет две основные функции.

В общении коммуникативная функция – средство социального взаимодействия. Экспрессивная функция – выражение отношения к предмету общения и к партнеру по общению.

В мышлении. Сигнальная функция – обозначение символом предмета внутренней речи. Функция обобщения – все понятия и категории являются обобщениями.

Очень тесно связаны понятия речь и мышления (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, Дж. Брунер). Л.С. Выготский предлагает рассматривать речь и мышление как единицы одного целого.

Во взрослой речи в отличие от автономной, слово всегда относится к целому классу предметов, а не к одному. Следовательно, слово - слитное обобщение, данное в его значении. Таким образом, слово (во взрослой речи)- это одновременно речь и мышление.

Так же взрослая речь является основным средством человеческого общения. Без нее человек не имел бы возможности получать и передавать большое количество информации, в частности такой, которая несет большую смысловую нагрузку или фиксирует в себе то, что невозможно воспринять с помощью органов чувств.

В период формирования взрослой речи ребенка, она приобретает свои основные свойства:

Содержательность - это количество выраженных в речи мыслей, чувств, их значительность и соответствие действительности.

Понятность речи - это синтаксически правильное построение предложений, а также применение в соответствующих местах пауз или выделения слов с помощью логического ударения.

Выразительность речи - это ее эмоциональная насыщенность, богатство языковых средств, их разнообразие.

Действенность речи - это свойство речи, заключающееся в ее влиянии на мысли, чувства и волю других людей, на их убеждения и поведение.

Родной язык – это тот, на котором человек мыслит, осуществляет речевое мышление. В значениях представлена преобразованная и свернутая в материальный язык идеальная форма, существующая в предметном мире.

Различают сознаваемые значения – это объективное содержание слов, и значения для субъекта - личностный смысл.

Если речевое мышление происходит фонетически на том же уровне, что и внешняя речь, то проблем в формировании понятий и категорий не возникает. Но если ребенок часто находится в языковой среде отличной от его «родного языка», то он может путать понятия, фонетически употреблять понятия одной языковой группы в значении другой, так как содержания значений понятий, могут различаться.

Заключение.

Усвоение речи ребенком начинается с выделения речевых сигналов из всей совокупности звуковых раздражителей. Затем в его восприятии эти сигналы объединяются в морфемы, слова, предложения, фразы. На базе их формируется связанная, осмысленная внешняя речь, обслуживающая общение и мышление. Звуковая оболочка и значения, должны формироваться последовательно и совместно. Даже для ребенка находящегося в условиях однородной языковой среды, это составляет огромную трудность. Соответственно в условиях двуязычия этот процесс усложняется, так как непрерывно и циклически повторяющиеся переходы от мысли к слову и от слова к мысли, осуществляется на различных языках.

Язык по своей сути – это социальный продукт, который постепенно интериоризируется ребенком и становится главным “организатором” его поведения и различных когнитивных процессов. Следовательно, процесс развития речи является сложнейшей и неотъемлемой частью развития в принципе.

Список литературы

1. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии (38, 39) М., 2000.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М.: Лабиринт, 2008 - 352 с.
3. Выготский Л.С. О природе эгоцентрической речи. Хрестоматия по общей психологии, Выпуск III, Субъект познания. Ответственный редактор В.В.Петухов Редакторы-составители Ю.Б. Дормашев, С.А. Капустин.
4. Ж. Пиаже. «Суждение и рассуждение ребенка» Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В. В. Петухова. — М., 1981.
5. Рубинштейн С.Л. К вопросу о языке, речи и мышлении. Вопросы языкознания, 1957 – № 2. – С. 42-48.
6. Пиаже Ж. Речь и мышление ребёнка. — М., 1994.
7. Выготский Л.С. . К вопросу о многоязычии в детском возрасте. М.: Советская Россия, 1979. – 192 с.
8. Вишневская Г.М. Билингвизм и его аспекты. Иваново, 1997. – 120 с.
9. Семантические категории в детской речи. Отв. ред. С.Н. Цейтлин. СПб.: «Нестор-История», 2007. — 436 с.

10. Елисеева М.Б. Фонетическое и лексическое развитие ребенка раннего возраста. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008.
11. Лурия А. Р. Язык и сознание. Под редакцией Е. Д. Хомской. Изд-во Моск. ун-та, 1979, 320 с.
12. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении. Питер; СПб.; 2009
13. Хрестоматия по возрастной психологии. Учебное пособие для студентов: Сост. Л. М. Семенюк. Под ред. Д. И. Фельдштейна.— Издание 2-е, дополненное. М.: Институт практической психологии, 1996.—304 с.

**ОПЫТ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В УЧРЕЖДЕНИИ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЕНИЯ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ОКУСОКО «ОБЛАСТНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ИМ. ПРЕПОДОБНОГО
ФЕОДОСИЯ ПЕЧЕРСКОГО»)**

Плохих Ю.А., Котова Д.В.

Областное казенное учреждение социального обслуживания Курской области «Областной медико-социальный реабилитационный центр им. преподобного Феодосия Печерского», г. Курск, Россия

Введение. Отделение социально-психологической реабилитации инвалидов открыто на основании Постановления Губернатора Курской области № 369 7.06.1999 г. – для обеспечения комплексности и преемственности при проведении мероприятий по социальной и психологической реабилитации инвалидов.

Отделение осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими отделениями центра, учреждениями государственной службы, учреждениями здравоохранения, образования, общественными объединениями инвалидов, специалистами районных отделов социального обеспечения, учебными заведениями специализированного профиля, КГМУ, РГСУ, КГУ, областной службой занятости и др.

Цель исследования: рассмотреть опыт контроля качества предоставления социально-психологических услуг в учреждении социального обслуживания (на примере ОКУСОКО «Областной медико-социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского»).

Изложение полученных результатов.

Таблица 1

Отделение укомплектовано кадрами

Должность	По штату	Занято	Физических лиц	% укомплектования
Заведующая отделением	1	1	1	100%

Специалист по социальной работе	4	4	4	100%
Социальный педагог	1	1	1	100%
Педагог-психолог	2	2	2	100%
Медицинский психолог	2,5	2,5	3	100%

Все специалисты отделения имеют высшее специальное образование.

Кабинеты специалистов оснащены необходимым оборудованием.

Комната психологической разгрузки оборудована специальным инвентарем полностью.

В Центре создана собственная «Система контроля качества социального обслуживания пациентов» – совокупность его организационной структуры с распределением ответственности сотрудников за качество предоставляемых услуг. Контроль качества осуществляется на основании Национальных стандартов Российской Федерации о сфере социального обслуживания населения [1, 2].

Собственная система контроля качества всех услуг основывается на постоянно действующем органе – Комиссии по качеству социального обслуживания пациентов Центра. Комиссия определяет порядок контроля качества услуг, их периодичность, оформление материалов проверки и принятия мер по обнаруженным недостаткам.

Составлен график проверок контроля качества оказания социальных услуг (в конце каждого месяца). Создана комиссия и подкомиссия по качеству предоставления услуг.

В Центре предоставляются следующие услуги: социально-правовые; социально-бытовые; социально-медицинские; социально-психологические; социально-педагогические.

Ежемесячно составляются акты проверки контроля качества по всем видам оказываемых услуг. В этих актах отражается: вид услуги, количество специалистов и их квалификация, место проверки, время проверки, продолжительность процедуры, соответствие качества оказываемой услуги государственным стандартам, количество пациентов, получающих данную услугу, выявленные нарушения, замечания, заключение по качеству оказываемой услуги и рекомендации. Акты заверяют председатель комиссии и члены комиссии.

Таблица 2

Наименование услуг	Количество проверок 2010 г.	Со- ставлено ак- тов 2010 г.	Коли- чество проверок 2009 г.	Со- ставлено ак- тов 2009 г.
социально-бытовые	22	18	12	12
социально-медицинские	13	13	12	12
социально-психологические	12	12	12	12
социально-педагогические	12	12	12	12
социально-правовые	8	8	8	8
Всего	67	63	56	56

Ведется журнал регистрации актов проверки контроля качества оказываемых услуг, где отражается наименование подразделения, вид оказываемых услуг, выявление нарушения и рекомендации.

В конце каждого заезда в отделениях проводятся: мониторинг, социологический опрос или анкетирование пациентов.

Работает реабилитационно-экспертная комиссия отделения. Ведется «Книга отзывов и предложений».

По результатам протоколов реабилитационно-экспертной комиссии анкетирования и записей в Книге отзывов ведется оценка удовлетворенности предоставленных социальных услуг.

Таблица 3

Показатели качества (индикаторы) предоставления социально-психологических услуг в учреждениях социального обслуживания

N п/п	Наименование показателя	Плановый показатель	Фактический показатель	Целевое значение	Фактическое значение
1.	Доля пациентов, для которых реализована программа предоставления социально-психологических услуг, от числа пациентов, запланированных на год	1800 чел.	1828 чел.	100%	101,6%
2.	Доля пациентов, для которых реализована программа предоставления социально-психологических услуг, от числа пациентов, получивших социальные услуги в Центре	1837 чел.	1828 чел.	не менее 90%	99,5%
3.	Доля пациентов, удовлетворённых результатом оказания социально-психологических услуг	1828 чел.	1828 чел.	не менее 75%	100%
4.	Среднее количество обоснованных жалоб на оказание социальных услуг в расчёте на одного пациента из числа лиц, которым реализованы программы предоставления социальных услуг	0	0	0	0
5.	Доля проконтролированных социальных услуг в рамках проверок за год	60 проверок	67 проверок	100%	111,7%

Отделением проводится дополнительное обследование по социально-психологической реабилитации: социальный паспорт инвалида, его дневник, дневник на ребёнка-инвалида, карта-анкета на сопровождающих лиц, медико-психологическое тестирование. Для проведения социально-

психологической реабилитации и назначения программ реабилитации составлено социальных паспортов, в том числе дневников и карт-анкет:

Таблица 4

Пациенты	2010 г.	2009 г.
Всего принято	1828	1659
Взрослых	820	823
Детей	585	483
Сопровождающих	423	353

Определена степень социальной недостаточности (социальный статус инвалидов и детей-инвалидов) – Всего: 1405 (2010 г.), 1306 (2009 г.).

Таблица 5

Социально-психологическая реабилитация пациентов Центра

п/п	Услуги, предоставленные отделением социально-психологической реабилитации	Количество услуг 2010/2009 гг.					
		Всего нуждающихся в реабилитации			Всего проведено услуг		
		дети	с сопровождающими	взрослые	дети	с сопровождающими	взрослые
	Коррекция основных навыков жизнедеятельности	4 52/448	-	4 73/433	4 52/448	-	47 3/433
1	Социально-бытовая адаптация	1 63/109	-	5 2/24	1 63/109	-	52/ 24
2	Социально-средовая ориентация	3 25/255	-	2 5/19	3 25/255	-	25/ 19
3	Навыки самообслуживания	2 78/238	-	5 5/43	2 78/238	-	55/ 43
4	Коррекция мелкой и общей моторики рук	3 69/303	-	3 52/374	3 69/303	-	35 2/374
	Консультации по социально-психологическим вопросам	Всего: 450/321			Всего: 450/321		
	Индивидуально-коррекционные программы по развитию основных навыков жизнедеятельности на дом	3 69/293	-	3 51/340	3 69/293	-	3 51/340
	Профориентация подростков	6 6/93	-	-	6 6/93	-	-
	Социально-педагогическая коррекция (дети)	4 28/412	-	-	4 28/412	-	-
	Игротерапия	1 13/122	-	-	1 13/122	-	-
	Педагогическая коррекция (всего)	2 20/247	-	-	2 20/247	-	-
1	Педагогическая коррекция (индивидуальные занятия)	1 05/94	-	-	1 05/94	-	-
	Педагогическая	1	-	-	1	-	-

2	коррекция (групповые занятия)	15/153			15/153		
	Беседы «культурно-нравственное воспитание»	1 14/153	-	-	1 14/153	-	-
	Психодиагностика (пед. психологи)	5 42/438	-	-	5 42/438	-	-
0	Коррекционно-развивающие занятия (всего)	3 60/244	-	-	3 60/244	-	-
0.1	Коррекционно-развивающие занятия (индивидуальные)	1 87/136	-	-	1 87/136	-	-
0.2	Коррекционно-развивающие занятия (групповые)	1 73/108	-	-	1 73/108	-	-
1	Разработка методико-коррекционных программ для родителей по педагогической коррекции	-	2 97/257	-	-	2 97/257	-
2	Психодиагностика (всего)	1814/1539			1814/1539		
3	Психодиагностика ВПФ и личностной сферы (мед. психолог)	4 0/102	4 16/279	8 16/822	4 0/102	4 16/279	8 16/822
4	Индивидуальная психокоррекция (мед. психолог)	1 3/93	4 16/279	1 41/287	1 3/93	4 16/279	1 41/287
5	Психологические методико-коррекционные программы для родителей	-	4 45/169	-	-	4 45/169	-
6	Компьютерное тестирование	6 /13	2 /13	1 10/127	6/ 13	2 /13	1 10/127
7	Психопрофилактика (всего)	1774/1415			1774/1415		
7.1	Психопрофилактика	5 50/364	4 16/279	7 96/772	5 50/364	4 16/279	7 96/772
8	Ароматерапия (всего)	1774/1520			1774/1520		
8.1	Ароматерапия	5 57/469	4 21/279	7 96/772	5 57/469	4 21/279	7 96/772
9	Консультация областной службы занятости	90/153			90/153		
0	Юридическая помощь (всего)	261/256			261/256		
0.1	Юридическая помощь (индивидуальная)	51/50			51/50		
0.2	Юридическая помощь (групповая)	210/206			210/206		
1	Консультация по вопросам социальной реабилитации	661/716			661/716		
2	Оказание гуманитарной помощи	124/112			124/112		

Заключение и выводы. Медицинские психологи отделения осуществляют психодиагностические, психокоррекционные и психопрофилактические мероприятия, направленные на восстановление психических

функций пациентов; снятие психоэмоционального напряжения и восстановление энергоресурсов организма.

Качеством предоставленных услуг по результатам мониторинга, проведенного среди пациентов Центра, удовлетворены 100% опрошенных.

Список литературы

1. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53059-2008 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам» //http://social.lenobl.ru/zakon/standart

2. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53060-2008 «Социальное обслуживание населения. Документация учреждений социального обслуживания» //http://social.lenobl.ru/zakon/standart

НОРМА И ПАТОЛОГИЯ: ПОСТМОДЕРНИСТКИЙ ВЗГЛЯД НА КЛИНИЧЕСКУЮ ПРОБЛЕМАТИКУ

Погодин И.А.

Институт Гештальта, г. Минск, Белоруссия

Предлагаемая вашему вниманию статья посвящена философско-клиническому анализу одного из важнейших культурных феноменов человеческой цивилизации, а именно – психической патологии. Речь пойдет о сумасшествии как феномене поля и, в более частном значении, как феномене культуры. Релевантные психопатологии представления, характерные для современной эпохи, значительно отличаются от представлений и основанной на них клинической практике предшествующих исторических этапов. Так, например, если в средневековье психически больных рассматривали как одержимых, применяя соответствующие этим представлениям меры, то в классическую эпоху безумцы постепенно заняли место прокаженных и их изолировали сначала в бывших лепрозориях, а затем – в общих госпиталях вместе с уголовниками и нищими. Только лишь психиатрическая революция (кстати, кажется, напрямую связанная с буржуазной революцией во Франции) Пиннеля конца XVIII века, позволила изменить условия содержания психически больных, сохранив при этом институт изоляции [1, 2]. Далее психиатрическая эволюция разворачивалась в направлении объективизации клинических знаний, промежуточный результат которой сегодня представляют огромные по своему объему клинические классификаторы. Это, конечно же, расцвет индивидуалистической клинической парадигмы эпохи модерна. Однако, на мой взгляд, этот «клинический ренессанс» в настоящее время все более ярко демонстрирует свои побочные эффекты. Диагностические категории и группы, приобретая все более важное значение, и занимая все более значительное место в клинической теории и практике, вытесняют остатки гуманизма, приобретающего характер атавизма в современной психиатрии. Диагноз при этом становится важнее человека, зато общая ситуация – значительно яснее и про-

ще. Однако сам человеческий процесс, несмотря на сформированную таким образом иллюзию всемогущества современной психиатрии, не становится от этого менее сложным, противоречивым и, все же, остается Живым.

Эпоха постмодерна инициировала многие радикальные изменения в современной цивилизации – культуре, искусстве, науке и т.д. Нигилизм постмодернизма с его антиэссенциализмом, антиреализмом, антиосновностью оказал не столько деструктивное, сколько деконструктивное влияние на все эти области, позволив, появиться новым оригинальным представлениям, например, о личности как процессе в поле [3]. Тем не менее сфера знаний о человеке пока не в состоянии в полной мере ассимилировать постмодерновый культурный вектор в свою парадигму. Хотя, надо отдать должное, попытки все же в этом направлении есть, несмотря на глобальность и неопишемую сложность этой задачи. Наиболее ярким примером являются концепции гештальт-подхода, рассматривающие self с его функциями как процесс в поле, или потребности как производные динамики поля «организм/среда». Нижеследующий текст служит описанием постмодернистского взгляда на проблемную область клинической теории и практики в общем, а также на некоторые частные аспекты психопатологии. Постараюсь далее изложить размышления о проблеме, объединяя их в логически завершенные блоки.

Наиболее важными принципами постмодернизма, которые могли бы оказаться полезными для дальнейших рассуждений, являются: плюрализм в самом широком смысле этого слова, непосредственно вытекающий из концепций антиэссенциализма, антиреализма, антиосновности; децентрализация и изменчивость, рассматриваемые мною в этой статье через смещение фокуса анализа с индивида в динамичное поле с изменчивостью релевантных ему процессов; неопределённость, имеющая отношение к текущей ситуации; контекстуальность, опосредующая знаково-смысловые взаимодействия; важность дискурса, определяющего контекст и имеющего значение для динамики поля; фрагментарность, релевантная как ситуации и процессам, так и дискурсу и др. [4]

Плюрализм и фрагментарность. Одной из характерных особенностей постмодернизма является утрата каких бы то ни было корней, принимающая зачастую форму нигилизма. Так, в эпоху постмодерна наше знание о мире теряет всякий смысл, поскольку не имеет под собой прочных оснований; то же самое относится к реальности и сущности человека. Выход же из этого тупика возможен лишь посредством введения категории плюрализма – реальность множественна. Возвращаясь к анализируемой проблеме, я бы выдвинул гипотезу: столь радикальный сдвиг в способе мышления, характеризующий эпоху постмодерна, мог быть отчасти спровоцирован тревогой и страхом сумасшествия, актуализированными шквальным умножением клинических знаний, характерным для эпохи модерна. Чтобы совладать с тревогой безумия, порожденной в эпоху модерна, постмодернизм, легализуя сумасшествие, благоприятствовал введению дифференци-

ации реальности – так появляется разделяемая и неразделяемая реальность. Таким образом, тревога по поводу сумасшествия может быть нивелирована, ввиду того, что безумие суть феномен, релевантный альтернативной реальности. Апогея этот процесс достиг после введения семантики возможных миров (мир, в котором я живу – лишь один из многих). Два других принципа постмодерна – антиэссенциализм и антиосновность – довершают этот процесс депатологизации: если истины о сущности мира и человека не существует, то не может существовать и безумие.

Говоря о плюрализме относительно реальности, необходимо отметить также особенности соотношения реальности и ее образа. Феномен реальности и образ этого феномена следует рассматривать как два разных процесса, хотя и находящиеся в некоторой более или менее устойчивой взаимосвязи. Степень этого различия, по всей видимости, лежит в основе современной клинической диагностики [5, 6, 7, 8]. Так, на континууме высокая – низкая степень различия реальности и ее образа располагаются уровни психопатологии. При этом глубина психических нарушений прямо пропорциональна степени этого различия.

Особо следует выделить плюрализм мнений относительно природы человека, реальности и мира, а также вытекающую из них фрагментарность методологии, характерную для постмодернизма. Постмодернистский подход является в некотором смысле антиподом индивидуалистической антропологической парадигмы не потому, что отрицает объектную природу человека с фокусом на внутриличностных процессах, феноменах и качествах, а ввиду большей свободы в трактовке сущности человеческих проявлений. При этом предыдущие тезисы относительно природы человека также имеют значение и смысл.

Децентрализация и изменчивость. Введение постмодернизмом этих категорий знаменует начало отказа от индивидуалистической парадигмы, характеризующей эпоху модерна. Если ранее источник психологических нарушений и психопатологии следовало бы искать внутри индивида, то постмодернизм предлагает рассматривать их лишь как феномены изменчивого поля. При этом личность в целом также становится феноменом в поле, приобретая характеристики не объекта, а процесса. Вне поля личность не существует, так же, как и не существует ее желаний и потребностей, которые суть производные от контекста поля. Из прикладных соображений клинической практики я бы несколько смягчил переход от понимания личности как объекта к пониманию личности как процесса в поле, выдвинув тезис о дуалистической природе человека (по аналогии с тезисом о дуалистической природе элементарных частиц, заимствованным из квантовой физики). Объектная и процессуальная природа личности находятся при этом в диалектической взаимосвязи, определяющей единство и борьбу противоположностей. Таким образом, личность становится феноменом, обладающим как структурой, так и функциями.

Несколько слов относительно процессуального аспекта личности. Личность как процесс, по всей видимости, обладает некоторыми особыми

характеристиками, которые размещаются на континууме полярностей: стабильный – нестабильный; открытый – закрытый; активный – пассивный; интегрированный – расщепленный; сбалансированный – несбалансированный; телеологический – ориентированный на процесс; саморегулируемый – не способный к саморегуляции и др. Кроме того, каждый процесс обладает направленностью и интенсивностью, т.е. вектором и модулем. Таким образом, мы можем рассматривать любые психологические феномены как процессы в поле, отличающиеся набором различных характеристик. Однако при этом необходимо отметить, что если одни характеристики являются достаточно стабильными, то другие зависят от контекста поля, в котором они существуют. Предлагаемая идея может также лечь в основу модели клинической диагностики в гештальт-терапии. Так, например, психическое здоровье и различного рода психические нарушения будут проявляться не в нарушениях процесса, а в качественных характеристиках этого процесса. Например, если невротик – это относительно интегрированный, телеологический и сбалансированный процесс, то пограничный клиент – нестабильный, закрытый, условно интегрированный, а психотик – дезинтегрированный, закрытый, расщепленный процесс. Несомненно, эта модель нуждается в дальнейшей разработке, но идея, лежащая в ее основе представляется мне очень перспективной.

В подтверждение тезиса о процессуальной природе человека приведу одно наблюдение из психотерапевтической практики. Как ни парадоксально это звучит, психотерапевтический процесс разворачивается с точки остановки развития, характеризующей настоящий момент в сторону регресса. Так, если в начале терапии актуализированы феномены, относящиеся к невротическому уровню функционирования, то по ходу терапии неизбежно манифестируются пограничные феномены, а после зачастую можно наблюдать регресс в сторону психотического функционирования психики. Только после достижения ядра безумия и аффектов, релевантных встрече с ним, возможно обратное прогрессивное развитие (кстати говоря, вероятно, та же закономерность характеризует и развитие культуры). Таким образом, человек оказывается перед выбором – или жить на уровне остановки в развитии (при этом психический баланс будет сохраняться в силу стабильности хронического процесса), или начать завершать «гештальты» (с риском потерять существующую стабильность). При этом, завершив текущий «гештальт», актуализируется предыдущий, более ранний и глубокий, вызывающий более сильные чувства (не всегда приятные, и даже не всегда выносимые). Однако необходимо отметить, что более высокий уровень психического функционирования выполняет также задачу удерживания от регресса. Так, невротические клинические паттерны призваны удерживать личностный процесс от регресса к пограничным состояниям и феноменам, пограничные же темы выступают в качестве сопротивления регрессу к психотическому ядру. Зависимые от терапевта невротики, например, удерживаются от регресса в «пограничность», демонстрируя привязанность и зависимость, а нарциссические личности избегают ужаса

психоза посредством актуализации нарциссических феноменов (например, обесценивания). Тем не менее, актуализация аффектов, относящихся к безумию, при этом неизбежна. Таково, на мой взгляд, объяснение ухудшения состояния некоторых клиентов в процессе терапии. Существует и оптимистичная сторона вышеизложенного. Так же как неизбежен регресс к глубоким ранним переживаниям, так и неизбежен обратный прогрессивный процесс: от психотического ядра – к целостному функционированию психики, отличающемуся гибкостью и способностью к творческому приспособлению. Таков полный цикл психотерапевтического процесса, предполагающий вторичность прогресса по отношению к психическому регрессу.

Возвращаясь к психопатологии как объекту данного анализа, следует упомянуть еще об одном частном тезисе, выдвинутом Бартом, а именно о «смерти автора» [4]. Тезис этот имеет отношение к литературному творчеству, однако, на мой взгляд, может быть, приложим и к сфере психопатологии. Суть его в следующем – автор элиминирует личностное начало из текста, оставаясь, тем не менее, фигурой, читатель же, представляя собой фон, наделяет текст уникальным смыслом и значением. Применительно к психопатологии, «автором» которой является пациент, этот тезис приобретает следующий вид – диагноз является лишь производной от клинической ситуации, обретая смысл лишь в интерпретации средой и ее компонентами. Таким образом, из феномена, присущего пациенту, психическая болезнь превращается в феномен, присущий полю. Итак, психопатология – не больше, чем умозрительный виртуальный конструкт, по всей видимости, очень удобный для того, чтобы совладать с тревогой, находящейся в поле. Может быть, этот феномен отчасти оказывает влияние, выступая в качестве мотивационного фактора, на выбор профессии психиатра или психотерапевта.

Список литературы

1. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. – СПб.: Университетская книга, 1997. – 576 с.
2. Фуко М. Ненормальные: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1974-1975 учебном году. – СПб.: Наука, 2005. – 432 с.
3. Виллер Г. Гештальт-терапия постмодерна: за пределами индивидуализма. – М., 2005. – 489 с.
4. Харт К. Постмодернизм. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. – 272 с.
5. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе/ Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.
6. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Издательство «Триада-Х», 1999. – 232 с.
7. Kernberg O. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: YaleUniversity Press 1994.

8. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – В 2 т. – Т.1. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.

9. Филлипс Л., Йоргенсен В. Дискурс-анализ. Теория и метод. – Харьков: Издательство «Гуманитарный Центр», 2004. – 336 с.

КОНТЕКСТУАЛЬНОСТЬ И ДИСКУРСИВНОСТЬ КАК ПРИНЦИПЫ АНАЛИЗА ПРИРОДЫ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ В ЭПОХУ ПОСТМОДЕРНА

Погодин И. А.

Институт Гештальта, г. Минск, Белоруссия

Данная статья предполагает обсуждение некоторых постмодернистских принципов, которые могли бы быть полезными при описании природы клинических феноменов. Она является логическим продолжением статьи, опубликованной в данном сборнике и посвященной постмодернистскому взгляду на отношения нормы и патологии. Здесь же речь пойдет о неопределенности, имеющей отношение к текущей ситуации; контекстуальности, опосредующей знаково-смысловые взаимодействия; и важности дискурса, определяющего контекст и имеющего значение для динамики поля [4].

Неопределенность и контекстуальность. Преломление этих постмодернистских категорий через антропологическую призму означает введение в персонологию примата ситуации. При этом любые человеческие проявления становятся производными от ситуации, которая по своей сути неопределенна и не прогнозируема. Значение же и смысл все человеческие феномены от мотивации и до завершенных паттернов поведения приобретают, лишь соотносясь с контекстом ситуации. Именно контекст определяет понятие и специфику психопатологии, при изменении контекста диагноз должен будет утратить свой смысл и значение. Думаю, что понятие психической болезни появилось лишь с появлением психиатрической клиники, организующей соответствующий контекст; исчезновение же психиатрического института привело бы к утрате смысла сумасшествия и нивелированию значения психопатологии. Таким образом, психопатология во всех ее проявлениях, выступающая объектом проводимого анализа, является лишь феноменом изменчивого и неопределенного поля, имеющего специфику, релевантную современной культурной эпохе.

В своем предельном, экстремальном значении неопределенность и контекстуальность применительно к сфере психопатологии может быть выражена мной в виде гипотезы о неизбежности безумия. Учитывая необычность выдвигаемого тезиса, поясню его. Поскольку поле, в котором разворачиваются все без исключения человеческие проявления, обладает неопределенностью, его невозможно проконтролировать, как невозможно и проконтролировать результат его динамики. Только стечение обстоятельств, соответствующее неопределенной и изменчивой ситуации поля,

разделяет людей на здоровых и психически больных, только динамичный по своей природе контекст отделяет нас, психотерапевтов от своих клиентов и пациентов. Если бы человеческая жизнь не имела временных границ, безумие бы оказалось неизбежным; однако большинство из нас от такой перспективы освобождает смерть. Конечно же, такое положение вещей не может не вызывать сильную тревогу сумасшествия, которую я бы рассматривал как один из важных источников мотивации личности. Многообразие релевантных этой мотивации паттернов поистине безгранично: от избегания, принимающего зачастую фобический характер, до посвящения своей жизни психиатрической практике с вынесением при этом опасности во вне; от тенденций, обуславливающих психиатрическую сегрегацию, до заявлений о своем возможном безумии, носящих характер истерического пафоса и т.д. Кроме того, тревога безумия, по всей видимости, лежит в основе многих творческих актов, а возможно, и культурной эволюции цивилизации в целом.

Чтобы логически продолжить рассмотрение тезиса о неизбежности безумия, сформулирую вторую часть этой гипотезы. В каждой точке жизненного пути человек находится в динамическом контексте двух сил в поле – тенденции к безумию и тенденции к бегству (часто приобретающего фобический характер) от него. Соотношение этих двух сил в поле и создает контекст, в котором разворачивается актуальный психический статус. Этот контекст определяет поведение человека и его переживания, ригидность и творчество, страх и умиротворение, любовь и боль, привязанность и ярость. Чем сильнее выражена тенденция к безумию, тем более выражено творчество. Однако, с другой стороны, чем сильнее выражено стремление к творчеству, тем больше возможности для сублимации безумия.

Третья часть рассматриваемой гипотезы имеет отношение к культурным феноменам и процессам: для развития культуры в целом также характерно сосуществование этих двух тенденций – к безумию и бегству от него. Думаю, что эволюция человека развернулась в направлении развития интеллекта с сопутствующей утратой значения инстинкта исходя из мотивации человечества совладать со страхом безумия.

Рассматривая грань между нормой и психической патологией (понятиями, как мы уже выяснили, обусловленными контекстом, а значит – очень условными по своей сути) как очень хрупкую и неопределенную, особое значение приобретает понятие контроля, часто оказывающегося в фокусе психотерапии. Возможности контроля индивидом самого себя не просто ограничены – контроль принципиально невозможен. Существует лишь его образ – иллюзия. Однако именно иллюзия контроля является спасительным средством от страха безумия. На мой взгляд, стоит рассматривать стремление постоянно оказываться в экстремальных ситуациях как способ игнорировать потребность в контроле. При этом стремление «отдаться» силам стихии или жизненным невзгодам выступает обратным пределом сильной тотальной тенденции к контролю. Многие люди, для которых характерен этот феномен, сообщают, что необходимым условием та-

кой жизни для них является принятие неизбежности их смерти. Возможно, некоторые аналогии мы можем обнаружить также и в психической сфере. Так, пафос и эпатаж с содержанием, релевантным безумию, суть попытка ослабить страх безумия посредством «принятия» его.

Хотелось бы отметить еще один аспект преломления контекстуальности и неопределенности в персонологии, относящийся к существованию человека. Каким образом человек приобретает уверенность в том, что он существует? На мой взгляд, знание о собственном существовании – это также феномен поля. Значение и смысл человеческого процесса (self) как фигуры в поле находится в фоне, каковым могут выступать другие люди, интроект, предстающий в виде веры или априорного знания и др. Тревога, осознаваемая или нет, несуществования (в предельном выражении проявляемая в форме страха смерти или безумия) при этом обратно пропорциональна соответствующему подтверждению поля. В этом феномене, возможно, найдутся объяснения боли утраты и страха расставания, а также природы созависимых отношений, основывающихся на страхе потерять означающие (придающие смысл) феномены поля.

И последнее частное наблюдение клинического характера, относящееся также к обсуждению постмодернистского принципа контекстуальности. При внимательном наблюдении у младенца можно обнаружить сосуществование двух, часто разнонаправленных психологических тенденций, определяющих его поведение в поле: любопытство и страх. Особенности же реагирования и поведения ребенка являются результатом и процессом динамического соотношения этих двух тенденций в поле организм-среда. Я бы выдвинул гипотезу, согласно которой клиническая характеристика, с которой мы встречаемся в психотерапии взрослых, также обусловлена этим динамическим характером. Итак, приведу несколько примеров, демонстрирующих этот тезис. Для истероидов характерна полная и безоговорочная победа стремления к любопытству. Шизоидный же характер, наоборот, является результатом превалирования страха в поле. Навязчивый характер отличается регулярной остановкой любопытства страхом на границе контакта организм-среда. Для эпилептоидов характерна хроническая остановка любопытства с последующей разрядкой агрессии, мотивированной страхом. Это описание, конечно же, можно продолжить, однако, целью настоящей статьи является не столько клинический анализ психических нарушений, сколько описание перспектив анализируемого методологического подхода.

Важность дискурса. В постмодернистской парадигме все явления жизни воспринимаются как текст, и любой феномен поля выступает в качестве некоторого послания, которое можно прочесть [9]. Психическая болезнь тому не исключение и также является своеобразным дискурсом, организующим соответствующим образом поле. Хочется заметить, именно дискурсом, а не совокупностью симптомов и синдромов, классифицированных от уже упоминавшейся тревоги.

Если любой феномен поля является процессом, как мы уже выяснили при обсуждении принципов децентрализации и изменчивости, то закономерно возникает вопрос: является ли дискурс или отдельное слово самостоятельным процессом или лишь обозначением, знаком какого-либо процесса? Если я – это процесс, то чем является «Игорь Погодин»? Самостоятельным процессом или символом меня как процесса? Думаю, что слово, а тем более сложный дискурс, является самостоятельным процессом, у которого есть своя жизнь и который может оказывать влияние на меня как на процесс в поле. Поскольку дискурс является самостоятельным процессом, постольку он обладает соответствующими характеристиками, аналогичными тем, которые характеризуют человеческие процессы (стабильный – нестабильный; открытый – закрытый; активный – пассивный; интегрированный – расщепленный; сбалансированный – несбалансированный; телеологический – ориентированный на процесс; саморегулируемый – не способный к саморегуляции и др.). Таким образом, клиническая феноменология может быть описана посредством динамических характеристик дискурсов клиентов. Однако при этом необходимо отметить, что дискурс обладает диагностической ценностью, исходя из контекста.

Ассимилируя постмодернистский тезис о важности дискурса, и учитывая рассмотренную выше идею о дискурсе как процессе, я бы хотел выдвинуть еще одну гипотезу. Думаю, что психические нарушения можно рассматривать через призму прегнантного соотношения дискурса индивида и контекста, в котором он размещается. Так, дискурс невротически организованного клиента фиксирован относительно контекста. Ввиду неизменности этого соотношения значение и смысл дискурса как фигуры в поле остаются также неизменными, что соответствует потере способности к творческому приспособлению и нарушению функции эго. Творчество и выбор оказываются заблокированными. Изменение дискурса при этом напрямую связано с изменением контекста. Дискурс пограничных клиентов приобретает хронический характер и не зависит от изменения контекста, в котором он осуществляется. Наиболее важная функция дискурса при этом заключается в поддержке некоторых неустойчивых представлений пограничного клиента о себе, т.е. его хрупкой идентичности. При этом создается внутренняя иллюзия стабильности и устойчивости Я пограничных индивидов за счет стабилизации дискурса. Тем не менее, в случае резкого изменения контекста, приобретающего зачастую травматический характер, дискурс может быть дезорганизован ввиду стремительного возрастания тревоги, откуда проистекает стремление отыгрывания в поведении, характерное для пограничных индивидов. Что касается соотношения дискурса и контекста психотиков, то здесь можно выделить несколько типов, общей чертой которых является нивелирование важности реальности. В первом случае дискурс пациентов под влиянием сильной тревоги дезорганизуется, приобретая странный, причудливый, несвязный или расщепленный характер. При этом изменение контекста никак не отражается на этих особенностях дискурса. Во втором же случае в результате психотической попытки

купирования тревоги искусственно воссоздается новый контекст, приобретающий характер бреда. При этом контекст становится совершенно стабильным и неизменным, а дискурс лишь служит для его подтверждения. Таким образом, тревога приобретает управляемый характер, фиксируясь в замкнутом круге контекст-дискурс.

В заключение статьи необходимо отметить, что ни одна сфера теоретической и практической деятельности человека не может развиваться независимо от влияния феноменов и парадигм, определяющих характерные черты текущей культурной эпохи. Тем более не может остаться незамеченной культурной эволюцией персонология. Эволюционное развитие в сфере знаний о человеке в результате трансформации клинического индивидуализма модерна в полевую парадигму постмодерна, постепенно преобразует также клиническую и психотерапевтическую теорию и практику. Представленные в тексте тезисы не носят завершённый характер, а поэтому нуждаются в дальнейшей разработке. Тем не менее, выдвинутые гипотезы, явившиеся результатом размышлений в русле постмодернистской персонологической парадигмы, могут оказаться важными и полезными в сфере клинической теории и психотерапии.

Список литературы

1. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. – СПб.: Университетская книга, 1997. – 576 с.
2. Фуко М. Ненормальные: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1974-1975 учебном году. – СПб.: Наука, 2005. – 432 с.
3. Виллер Г. Гештальт-терапия постмодерна: за пределами индивидуализма. – М., 2005. – 489 с.
4. Харт К. Постмодернизм. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. – 272 с.
5. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.
6. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: Издательство «Триадa-X», 1999. – 232 с.
7. Kernberg O. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: YaleUniversity Press 1994.
8. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – В 2 т. – Т. 1. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
9. Филлипс Л., Йоргенсен В. Дискурс-анализ. Теория и метод. – Харьков: Издательство «Гуманитарный Центр», 2004. – 336 с.

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ,
СОЦИАЛЬНОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ) РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ БОЕВЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ
СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Погосов А.В., Сочивко Ю.Н.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Изучение эффективности многолетнего лечения больных боевым ПТСР показало снижение у них агрессивности, интенсивности злоупотребления психоактивными веществами, формирование позитивного отношения к лечению и поддержке окружающих. В тоже время у многих больных, несмотря на лечение, растет социальная изоляция, сохраняется невысокая трудовая занятость. Низкий уровень социального функционирования и качества жизни у них связан с недостаточной вовлеченностью больных в программы психосоциальной реабилитации (1, С.105-112).

Результаты клинико-психопатологического, социально-демографического и статистического обследования 315 участников боевых действий при проведении контртеррористической операции в Чеченской республике в период с 1993 по 2003 гг. выявили высокий удельный вес боевого ПТСР (247 обследованных – 78,42%). В 81,0% случаев ПТСР принимало хроническое течение. Клиническая картина ПТСР складывалась из облигатных и факультативных синдромов. Облигатные синдромы были представлены синдромами «реперезиваний», «избегания» и «повышенной активации». Факультативные синдромы характеризовались неврозоподобными (депрессивными, соматоформными, тревожными), психопатоподобными (аффективно-неустойчивыми, истерическими) и аддиктивными проявлениями. В зависимости от разновидности факультативного синдрома обозначены следующие клинические варианты хронического ПТСР: неврозоподобный, аддиктивный и психопатоподобный. Социальное положение больных хроническим ПТСР (оцененное по параметрам образование, трудовой и семейный статус, качество жизни) было ниже такового у перенесших острое ПТСР (практически здоровые). Наихудший социальный прогноз установлен при психопатоподобном варианте хронического ПТСР. Несмотря на длительный период, прошедший после участия в боевых действиях, более половины больных (59,0%) с хроническим ПТСР обнаруживали среднюю степень тяжести заболевания; 7,0% – тяжелую; 34,0% – легкую. Установлена роль дополнительных факторов (психотравмы, соматические заболевания) в хроническом течении ПТСР.

Результаты исследования использованы при разработке программ медико-социальной реабилитации больных, страдающих хроническим боевым ПТСР, проживающих в сельской местности. Для их реабилитации в Выселковском районе Краснодарского края создан сельский «Центр медико-социальной реабилитации». В его работе участвуют: психиатр, психиатр-нарколог (в случаях аддиктивного варианта заболевания), психотера-

певт, клинический психолог, специалист по социальной работе. Эффективная работа центра обеспечивается межведомственным взаимодействием с подразделениями военного комиссариата, социальной защиты населения, центра занятости, спортивными и ветеранскими организациями.

Ниже приводим содержание программы реабилитации.

Программа реабилитации больных боевым хроническим посттравматическим стрессовым расстройством в условиях сельского центра медицинской, психологической и социальной реабилитации.

Цель реабилитации: осуществление комплекса медикаментозных, психотерапевтических, психокоррекционных и социотерапевтических мероприятий, направленных на реабилитацию и ресоциализацию больных хроническим посттравматическим стрессовым расстройством.

Задачи реабилитации:

1. Клиническое, психологическое обследование, обследование специалистом по социальной работе, установление диагноза, дифференциация больных по клиническим вариантам боевого хронического ПТСР.

2. Коррекция облигатных и факультативных проявлений ПТСР с помощью использования комплекса медикаментозных, физиотерапевтических, психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий.

3. Повышение социальной компетентности больных: восстановление нарушенных коммуникативных навыков, возобновление положительных социальных контактов.

4. Обучение больных навыкам разрешения проблем, противостояния стрессовым ситуациям.

5. Восстановление навыков систематического труда, стабилизация профессиональных отношений.

6. Развитие позитивных личностных качеств, повышение нормативных уровней притязания и социальных интересов.

7. Восстановление семейных отношений.

8. Психообразовательная работа с родственниками больных, направленная на расширение их знаний о медицинских, психологических и социальных последствиях боевого стресса.

9. Психотерапевтическая работа с родственниками по обучению навыкам оказания психологической поддержки больных для предотвращения рецидивов заболевания.

10. Формирование у больных стабильных мотивов на участие в реабилитационных программах.

11. Повышение качества жизни и уровня социального функционирования.

Принципы организации работы в реабилитационном центре:

1) Индивидуальный подход к выбору реабилитационных мероприятий. 2) Добровольность участия в программе. 3) Партнерство: привлечение больных к активному сотрудничеству с персоналом в процессе реабилитации. 4) Доверительность и взаимная ответственность. 5) Направленность усилий на разные сферы функционирования – психическую, социальную:

профессиональную, семейную, общественную, досуговую. 6) Единство биологических, психологических и социальных методов воздействия. 7) Многообразие форм реабилитационной работы. 8) Необходимость соблюдения определенной последовательности в применении различных составляющих реабилитационного комплекса (этапность).

Основные направления работы реабилитационного центра:

1. Системная организация терапевтической среды:
 - системная организация работы реабилитационного центра;
 - полипрофессиональный («бригадный») подход к работе специалистов;
 - создание терапевтических групп;
 - формирование терапевтического сообщества.
2. Лечебно-оздоровительная система:
 - медикаментозная коррекция облигатных и факультативных проявлений ПТСР;
 - медикаментозная коррекция соматических и неврологических дисфункций;
 - физиотерапия;
 - лечебно-оздоровительные мероприятия.
3. Психолого-психотерапевтическая и социотерапевтическая система:
 - индивидуальная и групповая психотерапия;
 - социально-поведенческий тренинг;
 - семейная психотерапия;
 - психологическое консультирование;
 - психообразовательная работа с окружением больного.

Технологии реабилитационного процесса:

1. Диагностические – клинико-психопатологическое обследование; соматическое и неврологическое обследование; биохимическое и электрофизиологическое обследование; обследование специалистом по социальной работе.
2. Терапевтические – фармакотерапия; физиотерапия (массаж, игло-рефлексотерапия, электросон, электрофорез); лечебная физкультура.
3. Психотерапевтические и психокоррекционные – рациональная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, суггестивная психотерапия, метод психической саморегуляции, групповая психотерапия, ситуационно-поведенческий тренинг, семейная психотерапия.
4. Терапия реабилитационной средой – условия реабилитационного центра, терапевтическое сообщество.
5. Терапия занятостью – самообслуживание, трудотерапия, кружки по интересам, спортивные мероприятия.
6. Организация досуга – просмотр кинофильмов и их обсуждение; чтение художественной литературы, прессы; прогулки; занятия спортом; посещение профессиональных учреждений.

7. Арт-терапия – рисунок, лепка, резьба по дереву, музыкотерапия, танцы, драмотерапия.

8. Социотерапевтические – приобретение профессии; трудоустройство; юридическая помощь; психотерапевтическая поддержка семьи.

Медикаментозные препараты психотропного действия, используемые для лечения различных клинических вариантов ПТСР:

1. Неврозоподобный – нейролептики (сонапакс, эглонил, оланзапин), антидепрессанты (азафен, флувоксамин, паксил, сертралин, циталопрам, флуоксетин), нормотимики (депакин), бензодиазепиновые транквилизаторы (альпразолам, диазепам, феназапам).

2. Психопатоподобный – нейролептики (хлорпротиксен, неупелтил, кветиапин), антидепрессанты (пиразидол, тразодон, леривон), нормотимики (карбамазепин), нейрометаболики (мексидол, церебролизин).

3. Аддиктивный – нейролептики (неупелтил, респиридон), антидепрессанты (амитриптилин, тразодон, леривон), нормотимики (карбамазепин), нейрометаболики (церебролизин, глиатилин), сенсibiliзирующие к алкоголю средства (эспераль, колме, лидевин).

Основные практики психотерапии и направления их применения:

1. Рациональная психотерапия – выработка у больного правильного понимания имеющихся у него симптомов заболевания; разъяснение негативного влияния неадекватных поведенческих реакций, возникших в результате заболевания на межличностные отношения; облигатные и факультативные синдромы.

2. Когнитивно-поведенческая психотерапия (прогрессивная мышечная релаксация, воспроизведение стрессового события или травмирующего образа в памяти, систематическая десенсибилизация) – преодоление эмоционального напряжения, тревоги, страха, посттравматических навязчивых переживаний, фобического избегающего поведения, уменьшение субъективной значимости стрессовых событий; синдромы «репереживаний», «повышенной активации».

3. Методика психической саморегуляции – улучшение настроения, снижение мышечного напряжения, беспокойства, чувства тревоги, страха, раздражительности, оптимизация умственной и физической работоспособности, нормализация сна, развитие уверенности в своих силах и возможностях; невротический и психопатический синдромы, синдром зависимости от алкоголя.

4. Индивидуальная и групповая суггестивная психотерапия – воздействие на эмоциональное напряжение, высокий уровень ситуационной тревоги, астенические проявления (чрезмерная утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность); вегетативные расстройства, нарушения сна, синдром «повышенной активации», невротический синдром, синдром зависимости от алкоголя.

5. Групповая психотерапия – избавление от чувства изолированности, отчуждения и одиночества, обеспечение социальной поддержки,

освоение новых навыков поведения и общения, формирование навыков совладания с последствиями психических травм, самопомощь в субъективно тяжелых ситуациях, различных сферах жизни, преодоление пассивной жизненной позиции и ухода от социального взаимодействия, раскрытие позитивных личностных ресурсов, определение жизненных перспектив; синдром «избегания», уровень социального функционирования и качества жизни.

6. Социально-поведенческий тренинг (репетиция поведения) – оптимизация межличностных взаимоотношений; осознание неэффективных и выработка новых форм общения, умение лучше понимать людей, устанавливать контакты, вести диалог, конструктивно разрешать конфликтные ситуации.

7. Семейная психотерапия – восстановление нарушенных межличностных взаимоотношений, снижение уровня семейной тревоги и напряженности.

Этапы реабилитационного процесса:

Общая продолжительность реабилитации – 2 мес.

I. Предреабилитационный этап (лечебно-диагностический) – 2 недели.

Задачи: клиническое, психологическое обследование, обследование специалистом по социальной работе (оценка качества жизни и социального функционирования), медикаментозная коррекция облигатных и факультативных проявлений ПТСР, медикаментозная коррекция соматических и неврологических дисфункций, мотивирование к участию в реабилитационной программе.

II. Адаптационный этап («вхождение в реабилитацию») – 2 недели.

Задачи: ознакомление с правилами организации реабилитационного процесса, приспособление к условиям пребывания и распорядку работы реабилитационного центра, реализация индивидуальных реабилитационных программ, медикаментозная и психотерапевтическая коррекция проявлений заболевания, формирование терапевтического сообщества.

III. Интеграционный этап (включение больного в реабилитационный процесс в полном объеме) – 3 недели.

Задачи: максимальная интеграция больных в режим жизнедеятельности терапевтического сообщества, максимальное восстановление психического состояния больных, восстановление нормативных индивидуально-личностных качеств, обучение продуктивным способам и приемам решения проблем, умению противостоять болезни и стрессовым ситуациям, приспособление больных к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях.

IV. Стабилизационный этап («выход из программы») – 1 неделя.

Задачи: закрепление эффектов психотерапии и психологической коррекции, формирование позитивно ориентированной системы семейных отношений, закрепление навыков построения продуктивного взаимодей-

ствия в социуме (трудовые коллективы, общественные организации, профессиональные учреждения, группы самопомощи).

Структура программной работы

I. Предреабилитационный этап

1) Клиническое и параклиническое обследование. 2) Экспериментально-психологическое обследование. 3) Обследование специалистом по социальной работе (изучение уровня качества жизни и социального функционирования). 4) Составление индивидуальных реабилитационных программ. 5) Медикаментозная дифференцированная коррекция облигатных и факультативных проявлений ПТСР, соматических и неврологических дисфункций. 6) Психотерапевтическая когнитивно-поведенческая коррекция облигатных и факультативных проявлений ПТСР. 7) Индивидуальное психологическое консультирование.

II. Адаптационный этап

1) Продолжение медикаментозной коррекции облигатных и факультативных проявлений ПТСР. 2) Суггестивная и когнитивно-поведенческая психотерапия облигатных и факультативных проявлений ПТСР. 3) Групповая и индивидуальная рациональная психотерапия. 4) Социально-поведенческий тренинг. 5) Методика психической саморегуляции. 6) Арт-терапия. 7) Индивидуальное психологическое консультирование. 8) Терапия средой. 9) Терапия занятостью. 10) Досуговые мероприятия. 11) Формирование терапевтического сообщества.

III. Интеграционный этап

1) Продолжение медикаментозной коррекции облигатных и факультативных проявлений ПТСР. 2) Когнитивно-поведенческая, суггестивная психотерапия, направленная на коррекцию облигатных и факультативных проявлений ПТСР. 3) Групповая психотерапия. 4) Арт-терапия. 5) Методика психической саморегуляции. 6) Семейная психотерапия. 7) Индивидуальное психологическое консультирование. 8) Терапия средой. 9) Терапия занятостью. 10) Досуговые мероприятия. 11) Участие в работе терапевтического сообщества.

IV. Стабилизационный этап

1) Медикаментозная коррекция облигатных и факультативных проявлений ПТСР (в случаях необходимости). 2) Групповая психотерапия. 3) Семейная психотерапия. 4) Арт-терапия. 5) Индивидуальное психологическое консультирование. 6) Терапия средой. 7) Терапия занятостью. 8) Досуговые мероприятия. 9) Психообразовательная работа с родственниками больных. 10) Оценка психического статуса, экспериментально-психологическое обследование. 11) Изучение качества жизни и социального функционирования.

Кадровое обеспечение реабилитационной программы (полипрофессиональная бригада):

1) Врач психиатр; 2) Врач психиатр-нарколог; 3) Психотерапевт; 4) Клинический психолог; 5) Специалист по социальной работе.

Мониторинг эффективности реабилитационной программы:

1) Психодиагностическое тестирование. 2) Динамическая оценка качества жизни и социального функционирования. 3) Изучение катамнеза.

Апробация приведенной программы на 37 больных различными клиническими вариантами боевого хронического ПТСР продемонстрировала ее эффективность. У них отмечена положительная динамика клинико-психопатологических проявлений заболевания, повышение уровня качества жизни и социального функционирования.

Список литературы

1. Снедков Е.В., Резник А.М., Трущелев С.А. Реакции боевого стресса: учебное пособие. – М.: «Медкнига», 2007. – 272 с.

ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ, СВЯЗАННАЯ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ КАК НЕУСТРАНИМЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СРЕДЫ

Проценко А.С.

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова,
г. Абакан, Россия

Данная тема исследуется нами в рамках диссертационной работы, приступая к исследованию, мы поставили перед собой цель: изучение психической адаптации, связанной с воздействием стрессогенных факторов как неустрашимых элементов профессиональной среды. На первом этапе исследования нами проводился теоретический анализ литературы по данной проблеме и было установлено, следующее.

В настоящее время проблема адаптации у людей зрелого возраста, вследствие возросших нагрузок, становится ведущей проблемой современности. Расстройство адаптации связано с фактором риска для здоровья, профессии, условиями жизнедеятельности, индивидуально – психологическими характеристиками и оказывает непосредственное влияние на жизнь человека, влечёт негативные последствия [1, 18].

Особенно ярко проблема адаптации проявляется в профессиях, связанных со стрессом. Установлено, что в современной сложной криминальной обстановке перед сотрудниками органов внутренних дел, пожарными, спасателями, хирургами ставятся сложные и ответственные задачи, решать которые нередко приходится в экстремальных условиях.

В общем смысле адаптация, по определению В.И. Медведева рассматривается как «системная реакция организма, обеспечивающая возможность всех видов социальной деятельности и жизнедеятельности». К.К. Платонов определяет адаптацию как «пластичное приспособление внутренних изменений к изменениям внешним». Как указывает Р.М. Баевский, процессы адаптации направлены на поддержание равновесия внутри организма и между организмом и окружающей средой и связаны как с самосо-

хранением функционального уровня саморегулирующейся системы, так и с выбором функциональной стратегией достижения цели. Под психической адаптацией понимается непрерывный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса.

Согласно Ф.Б. Березину, психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям среды. Тем самым понятие психической адаптации является экстраполяцией принципа гомеостатического уравнивания на взаимодействие индивида и его окружения. В то же время имеются и альтернативные точки зрения. Так, В.М. Воробьёв к психической адаптации относит психическую регуляцию только в состоянии стресса, в проблемной психической ситуации, признаки которой включают: наличие потребности в разрешении глобального конфликта; принципиальную неразрешимость глобального конфликта привычными средствами; связанную с этим высокую степень психической напряжённости [3, 27].

К.К. Платонов выделяет следующие взаимосвязанные виды психической адаптации человека, рассматриваемые как составляющие её компоненты:

1) Психофизиологическая адаптация или свойство организма целесообразно перестраивать физиологические функции в соответствии с требованиями среды.

2) Собственно психологическая или психическая адаптация, нарушения которой связаны с напряжённостью, психологическим стрессом.

3) Психосоциальная адаптация или адаптация личности к общению с новым коллективом.

А.П. Коцюбинский и Н.С. Шейнина считают, что психическая адаптация состоит из 3 блоков: биологического, психологического и социального. При этом каждая из компонент психической адаптации, в свою очередь, имеет собственную сложную структуру. Так, собственно психическая адаптация включает в себя познавательные, эмоционально – волевые, мотивационные и практические аспекты.

Как подчёркивает В.М. Воловик, психическая адаптация – это активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных потребностей индивида с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни.

Существенную роль в процессе психической адаптации играет связанная с личностно – типологическими характеристиками способность индивида к динамической перестройке системы отношений, установок, жизненных целей. Как указывает Т. Миллон, если индивидуум способен гибко

взаимодействовать с окружающими, его можно отнести к нормальному, адаптивному типу личности, и напротив, если на повседневные задачи индивид реагирует негибко или не выполняет их, а также, если обычные действия и впечатления приводят к дискомфорту, необходимо говорить о патологической или малоадаптивной личности.

По мнению В.П. Вахова, в качестве реакций адаптации в стрессогенной обстановке могут выступать гипердинамические (поведенческие, двигательные), гиперпсихические (коммуникативные, когнитивные) реакции, а также реакции вегетативной активации [2, 89].

Нельзя не сказать о том, что стойкая адаптация к условиям длительной нервно – психической напряжённости приводит к переходу психики, всего организма человека в качественно иное состояние по сравнению с исходным. Поэтому даже при адекватном протекании адаптационного процесса, смена средовых условий с возвратом к нормальным условиям жизни и деятельности требует соответствующей реадaptации.

В настоящее время проявляется тенденция в увеличении запроса на профессии экстремальной направленности, расширяется дифференцированность их профессиональной деятельности, усиливается интенсификация задач, следовательно, повышаются требования к эффективности их деятельности, стрессоустойчивости и психологическим качествам личности представителей профессий групп риска.

Так, за рубежом давно существует практика опубликования самых стрессовых профессий, так портал о карьере CareerCast.com опубликовал ежегодный рейтинг самых стрессовых профессий. На первом месте в топ-10 наиболее действующих на нервную систему профессий оказались пожарники.

Огнеборцы получили наивысший рейтинг стрессовости. В числе факторов стресса отмечается высокий риск получения травм, ненормированный рабочий день у пожарных и работа в тяжелых погодных условиях.

За ними идут врачи-хирурги. Отмечается, что представители этой профессии подвержены стрессу из-за высокой ответственности их работы. Кроме того, хирурги, так же как и пожарные, часто вынуждены работать по ночам и перерабатывать.

Пятое место занимают полицейские. Повышенный уровень стресса у полицейских связан с ростом преступности. Шестое место заняла профессия пилота самолета. Далее идут дорожные полицейские - американский аналог российских инспекторов дорожного движения.

В нашей стране есть свой взгляд на проблему нервного истощения на работе. Профессиональный стресс наиболее часто встречается и наиболее резко выражен у тех профессионалов, кто постоянно контактирует с людьми. Это в полной мере относится к медицинским работникам, милиционерам, спасателям, учителям и т. д. По сведениям английских ученых, у лиц коммуникативных профессий нетрудоспособность почти в половине случаев связана со стрессом. Например, среди обследованных в Великобрита-

нии врачей общей практики у 41% медиков выявлен высокий уровень тревоги, а у 26% – клинически выраженная депрессия. Также установлено, что один из факторов синдрома «выгорания» для названных специалистов – продолжительность стрессовой ситуации, ее хронический характер.

В целом, практически во всех источниках отмечается негативное влияние профессионального стресса. Исследователи хронического стресса показали, что в основном не физиологический, а именно «психический уровень адаптации явился наиболее чутким индикатором» стресса. По сути, для человека стресс, как правило является индивидуально воспринимаемым феноменом, причина которого кроется в психологических процессах. В качестве стрессового квалифицируется состояние организма, возникающее в результате психологической оценки ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой при одновременной невозможности ее избегания. Физиологические проявления стресса однотипны, набор же психологических проявлений при психологическом стрессе разнообразнее [3, 45].

Таким образом, можно сделать выводы:

1) предлагается понятие стресса в психологических исследованиях несколько редуцировать, рассматривая его в первую очередь как состояние психической напряженности, операционной и эмоциональной. При этом условием возникновения психологического стресса считается восприятие угрозы, особенно если угрозе подвергаются наиболее значимые для человека ценности;

2) мужчины, чья профессиональная деятельность непосредственно связана с развитием и устранением экстремальных ситуаций, которые ежедневно по долгу службы сталкиваются с профессиональным стрессом требуют особого и тщательного изучения для поиска скрытых адаптационных ресурсов.

Список литературы

1. Вассерман Л.И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией [Текст] / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова // Сибирский психологический журнал. – 2008. - № 27. – С. 67 – 70.

2. Игнатова Е.Н. Социальные и социально – психологические аспекты стрессоустойчивости личности [Текст] / Е.Н. Игнатова, Л.В. Куликов, М.А. Розанова // Теоретические и прикладные вопросы психологии. – СПб. – 1995. – Ч. 2. – С. 38 – 45.

3. Соловьёв С.Л. Кризисная психология. Справочник практического психолога [Текст]: учеб. для вузов / С.Л. Соловьёв. – М.: АСТ, 2008. – 286 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ ГАСТРОДУОДЕНИТ

Реброва Н.П., Богородская С.О.

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Грецена, г. Санкт-Петербург, Россия

К числу наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения относится гастродуоденит, который все чаще диагностируется клиницистами в детском и подростковом возрасте [Шабалов Н.П., 2002]. Изучению этиологических и патогенетических факторов гастродуоденита (ГДОУ) придается большое значение. Определенную роль в развитии этого заболевания играют психофизиологические факторы, к числу которых относятся особенности функционирования нервной системы [Исаев Д.Н., 2005; Парцерняк С.А., 2002].

Изучению индивидуальных психофизиологических характеристик детей и подростков с данной патологией посвящены отдельные работы. Например, в исследовании А.В. Котовского и Е.А. Сироткина показано, что психофизиологические особенности детей и подростков с разными формами проявления ГДОУ отличаются [А.В. Котовский, Е.А. Сироткин, 2005]. При «деструктивном» ГДОУ психофизиологическим субстратом является преобладание силы процессов торможения и смещение показателей подвижности нервных процессов в сторону торможения. Для детей и подростков с «не деструктивными» заболеваниями желудка характерны высокие показатели по нейротизму. Психофизиологическим субстратом является преобладание силы процессов возбуждения.

Особенности функционирования нервной системы могут лежать в основе стойких функциональных состояний [Ильин Е.П., 2008]. Согласно клиническим описаниям, у подростков с ГДОУ часто выражены симптомы вегетососудистой дистонии: слабость, вялость, нарушенный сон [Волков А.И., 1999]. Это подтверждается и результатами некоторых экспериментальных исследований. Например, Приказчик Ю.В. выявил у подростков с ГДОУ снижение самочувствия и активности (по тесту САН), что может свидетельствовать о повышенной утомляемости и астенизации. Однако более детального объективного изучения выраженности свойств нервной системы и их влияния на функциональное состояние данной группы больных не проводилось.

Основной целью настоящего исследования являлось изучение свойств нервной системы (силы, уравновешенности, подвижности) и определение связи индивидуально типологических свойств с психоэмоциональным состоянием у подростков с гастродуоденитом. Исследование проводилось на базе педиатрического отделения Детской городской больницы № 1 Санкт-Петербурга. Обследовано 20 человек мужского пола в возрасте 13 лет с диагнозом гастродуоденит. Каждый из пациентов, вошедших в исследование, обследовался с использованием комплекса мето-

дик трижды: в начале своего пребывания в стационаре (на второй день), в середине (на третий-четвертый день) и в день выписки. Время пребывания в стационаре составляло семь-восемь дней. В рамках каждого этапа использовались одни и те же методики, которые проводились в определенной, фиксированной последовательности.

Для оценки показателей функционирования нервной системы использовался прибор «Активациометр», предназначенный для системной психологической диагностики [Цагарелли Ю.А., 2008]. Полученные результаты переводились в балльные оценки и сопоставлялись с соответствующими оценочными шкалами.

Диагностика свойства подвижность-инертность нервной системы осуществлялась по показателям времени простой и сложной зрительно-моторной реакции. Сначала осуществлялась диагностика простой двигательной реакции каждой руки отдельно. Затем определялось время реакции выбора с изменением сигнального значения раздражителей. При обработке результатов время реакции переводилось в баллы по 25-балльной шкале.

Лабильность нервной системы определялась на основе регистрации критической частоты световых мельканий (КЧСМ). Испытуемому предъявлялись световые мелькания с нарастающей частотой от 7 до 60 Гц. Границу слияния мельканий в сплошной свет испытуемый обозначал нажатием на соответствующую кнопку прибора. Проводилось 13 измерений, по которым рассчитывалась лабильность (среднеарифметическое значение величин КЧСМ). Полученные величины интерпретировались по 25-балльной шкале.

Выраженность свойства «сила-слабость» диагностировалась с помощью «теппинг-теста». Обследуемому предлагалось 30 секунд максимально быстро постукивать специальным наконечником по поверхности диска. При анализе результатов определялся тип нервной системы (сильный, среднесильный, слабый), вычислялся коэффициент силы нервной системы.

Уравновешенность нервной системы определялась по точности реакции на движущийся объект (РДО). Проводилось 10 измерений, по которым вычислялось среднеарифметическое значение величины ошибки. Вычислялась точность РДО, как величина обратно пропорциональная среднеарифметическому показателю. По этому показателю оценивалась уравновешенность нервной системы по 25-балльной шкале.

Психоэмоциональное состояние на «Активациометре» оценивается посредством определения активации полушарий головного мозга. Интерпретация показателей психоэмоциональных состояний осуществляется на основе диагностической шкалы, в которой отражены оптимальные значения для данной возрастной группы.

Все результаты исследований обрабатывались статистически с использованием пакетов Statistica 8 и SPSSStatistics 17. При этом для каждого этапа обследования вычислялись среднее значение и стандартное отклонение по каждому из показателей; определялась достоверность отли-

чий с помощью Т-критерия Вилкоксона, проводился корреляционный анализ.

Средние значения времени реакции выбора для правой руки составляли на первом этапе - $16,9 \pm 5,65$; на втором - $18,15 \pm 5,82$; на третьем - $18,4 \pm 4,09$. Средние значения для левой руки соответственно: $19,5 \pm 3,97$; $19,15 \pm 3,38$; $18,05 \pm 4,57$. Достоверные различия получены для правой и левой руки между первым и третьим этапами обследования на 5%-ном уровне значимости. Согласно диагностической шкале, о подвижной нервной системы говорит величина времени реакции выбора, превышающая 15 баллов. Средние величины реакции выбора на всех этапах обследования превышают указанное значение, что свидетельствует о преобладании подвижности нервной системы у обследованных подростков и о тенденции ее увеличения в процессе лечения в стационаре.

Показатели лабильности нервной системы на первом этапе обследования составляли $12,7 \pm 4,96$; на втором - $12,2 \pm 5,55$; на третьем - $12,45 \pm 5,19$. Согласно диагностической шкале Цагарелли, такие значения лабильности относятся к средним показателям. Достоверных различий значений этой характеристики на разных этапах обследования не выявлено, что свидетельствует об отсутствии изменений лабильности в процессе лечения.

По теппинг-тесту получены следующие результаты: первое обследование - $12,7 \pm 9,31$; второе - $11,75 \pm 8,04$; третье - $13,55 \pm 8,57$. Достоверные отличия этих величин не получены. Согласно диагностической шкале, полученные показатели свидетельствуют о выраженности слабости нервной системы. Это означает что, большинство обследованных подростков обладает слабой нервной системой.

Средние значения показателей РДО составляли в первом обследовании $18,3 \pm 6,58$; во втором - $20,75 \pm 3,65$; в третьем - $19,6 \pm 4,69$. Достоверных различий этих значений не выявлено. Согласно оценочной диагностической шкале, полученные показатели свидетельствуют о достаточной уравновешенности обследованных подростков.

Средние значения показателей психоэмоционального состояния в период лечения в стационаре имели следующую динамику: первое обследование - $106,75 \pm 54,34$; второе - $79 \pm 37,79$; третье - $90,05 \pm 44,99$. Достоверные различия этого показателя получены между всеми этапами обследования на 1%-ном уровне значимости. Согласно диагностической шкале, оптимальные значения данного параметра находятся в промежутке от 68 до 90. Следовательно, на первом этапе обследования (в начале лечения) высокое значение показателя свидетельствует о повышенном психоэмоциональном напряжении. На втором и третьем этапах обследования психоэмоциональное состояние является оптимальными. Корреляционный анализ не выявил связей между характеристиками свойств нервной системы и показателями психоэмоционального состояния подростков.

Данная работа посвящена изучению свойств нервной системы подростков с диагнозом гастродуоденит. Проведенное исследование показало, что подростки с таким диагнозом обладают сходными характеристика-

ми свойств нервной системы. Для них характерно преобладание слабой нервной системы, со средними показателями подвижности и уравновешенности. Как известно, лица со слабой нервной системой обладают, как правило, более высокой чувствительностью к различным воздействиям и низкой устойчивостью и адаптивностью к стрессовым ситуациям [Ильин Е.П., 2008]. Возможно, что такие особенности нервной системы создают психосоматическую базу для развития заболевания ГДОУ, перехода патологического процесса в хроническую стадию. Исследование не выявило связи между типологическими свойствами нервной системы и актуальным психоэмоциональным состоянием подростков. Исследование также подтвердило представление об устойчивости свойств нервной системы и их независимости от ситуативного функционального состояния.

С учетом того, что гастродуоденит сопровождается болевым и астеническим синдромами, предполагалось, что при поступлении в стационар психоэмоциональное состояние подростков должно отличаться от оптимального и нормализоваться в ходе лечения. Действительно, психоэмоциональное состояние подростков к концу госпитализации несколько улучшилось. Однако данный показатель существенно не выходил за границы нормы как в начале лечения, так при его завершении. Выше отмечалось, что для больных ГДОУ характерна астенизация, слабость. По-видимому, такое снижение функциональных возможностей характерно для длительного хронического течения заболевания. В настоящей работе обследовались подростки, у которых впервые был поставлен диагноз ГДОУ, что, возможно, и обусловило незначительные отличия их психоэмоционального состояния от нормального уровня. Полученные результаты согласуются с мнением некоторых авторов о том, что при ГДОУД изменения в психическом и психофизиологическом состоянии детей и подростков выражены минимально [Менделевич В.Д., Резеда А.Ф., Киясова Л.М., 2009].

Список литературы

1. Волков А.И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей // Русский Медицинский Журнал. 1999, Т. 7. № 4. - С. 21–25.
2. Ильин Е.П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. СПб.: Питер, 2008. - 432 с.
3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. - 400 с.
4. Котовский А.В. Прогностические критерии развития язвенной болезни и хронического гастродуоденита у детей и подростков (медико-социальный аспект) // Педиатрия., 2005. Т. 8. - С. 292-297.
5. Менделевич В.Д., Резеда А.Ф., Киясова Л.М. Психологические особенности подростков, больных хроническим гастродуоденитом и имеющих нарушение физического развития. // Неврологический вестник (Журнал им. В.М. Бехтерева). 2009.Т. XLI, №. 1. - С. 36—39.

6. Парцерняк С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. СПб.: А.В.К., 2002. - 384с.

7. Приказчик Ю.В. Сравнительная характеристика тревожности у детей с различными вариантами воспалительно-деструктивной патологии гастродуоденальной зоны // Материалы конф. / XII Конгресс детских гастроэнтерологов России. М., 2005. - с.40-43.

8. Цагарелли Ю.А. Системная психологическая диагностика на приборе «Активациометр». Учебное пособие. Казань.: Акцептор, 2008. - 266 с.

9. Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник. 5-е изд. В двух томах. Т.1. СПб.: Питер, 2002. - 832 с.

«БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ» В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

(на материале детей-инвалидов)

Рогачева Т.В.

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург, Россия

Совершенствование функционирования медико-социальной экспертизы в России требует и пересмотра основных функций психолога в системе МСЭ. На первое место выходят вопросы возможностей человека, которому определили статус инвалида. С психологической точки зрения эти возможности можно объединить понятием «реабилитационный потенциал». При этом сам реабилитационный потенциал, как и собственно процесс реабилитации, следует рассматривать как системное, комплексное, целостное образование. Опыт определения и анализа реабилитационного потенциала показывает, что, как правило, реабилитационный потенциал представляют в виде специфического образования со сложной структурой, состоящей из качественно разных элементов. В качестве этих элементов общепринято выделять медицинский, профессиональный и социальный реабилитационный потенциал. Только в последние годы в число этих элементов стали включать психологический реабилитационный потенциал или реабилитационный потенциал личности. Целесообразность такого выделения обусловлена рядом обстоятельств. Во-первых, психические, психологические феномены всегда в той или иной степени учитывались при определении реабилитационного потенциала (и медицинского, и профессионального и социального). Тем не менее, на практике этот учет был несколько интуитивным, если можно так выразиться общеметодологическим, недостаточно конкретным, что, в конце концов, приводило к разночтениям в понимании смыслового значения психологического реабилитационного потенциала, в том числе и к разночтениям в определении и анализе подходов к его диагностике.

Во-вторых, изменилась общая методология медико-социальной экспертизы и реабилитации, когда соответствующие проблемы стали решать-

ся в аспекте расширения успешных (доступных) сфер жизнедеятельности человека, в аспекте оценки его социальной адаптивности, формирования его социальной самодостаточности. И бесспорность признания принципиально существенной роли именно психологических механизмов в обеспечении социальной адаптации, социальных видов жизнедеятельности привела к акцентированию внимания на необходимости повышения эффективности психологической реабилитации, что помимо прочего возможно при условии адекватной оценке психологического реабилитационного потенциала. Для прояснения понятия «реабилитационный потенциал» необходимо обратиться к более широкому понятию «реабилитация». Понятие "реабилитация", как известно, впервые в медицине было применено официально к больным туберкулезом. В 1946 г. в США впервые был проведен конгресс по реабилитации этих больных, на котором Курт Винтер предложил следующее определение: «Реабилитация - это целенаправленная деятельность коллектива в медицинском, педагогическом, социальном и экономическом аспектах с целью сохранения, восстановления и укрепления способностей человека принимать активное участие в социальной жизни» [4, 12]. Всемирная организация здравоохранения рассматривает реабилитацию как «процесс, включающий в себя все меры, направленные на обеспечение возможности достичь социальной интеграции» [2, 9]. Другими словами, реабилитация в современном понимании предполагает включение в зону своей ответственности достаточно большого круга лиц, в том числе психологов, педагогов и др.

К сожалению, в нашей стране часто понятие "реабилитация" сужается до медицинского аспекта, сущностью которого является восстановительная медико-биологическая терапия. Безусловно, важно оказать болеющему человеку медицинскую помощь. Однако на деле медицинская реабилитация протекает без учета индивидуально-личностных особенностей человека, шкалы ценностей, уровня притязаний, представлений о личностном и социальном комфорте, о возможностях адекватного существования в новых условиях. Поэтому, на наш взгляд, проведение восстановительной терапии не может подменить собой реализацию индивидуальной программы реабилитации, основным содержательным компонентом психологического раздела которой выступает квалифицированная помощь в прояснении реабилитационного потенциала для каждого человека.

Для корректного решения проблемы оценки психологического реабилитационного потенциала предварительно целесообразно проанализировать само понятие реабилитационного потенциала, его структуру и функции. Обобщая существующие научные определения реабилитационного потенциала можно считать, что под реабилитационным потенциалом следует понимать совокупность биологических, личностных (психологических) и социально-средовых факторов, которые обуславливают возможность восстановления или компенсации нарушений различных функций, за счет расширения доступных человеку (инвалиду) видов жизнедеятельности посредством реализации реабилитационных мероприятий [1]. При этом

по своей сути реабилитационный потенциал представляет собой своеобразную системную биопсихосоциальную характеристику статуса инвалида. Соответствующим образом в целостной структуре реабилитационного потенциала выделяют его элементы (или составляющие): - саногенетический потенциал, определяющий возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений в анатомическом, физиологическом состоянии организма; - психологический потенциал, определяющий возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений на психическом уровне; - социально-средовой потенциал, определяющий возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений, обусловленных социально-средовыми факторами.

В данном случае, очевидно, что саногенетический и психологический составляющие реабилитационного потенциала характеризуют соответствующие ресурсы самого индивида, а социально-средовой - ресурсы общества (микросреды инвалида, экономических условий и т.п.), содействующих актуализации и саногенетического и психологического реабилитационных потенциалов. Принципиально важным при его определении является выявление сохранных ресурсов на биологическом и психическом уровне, которые могут выступать в роли компенсаторных функций и диагностика патологических процессов (нарушений). Другими словами, в данном случае речь идет о позитивной и негативной составляющих реабилитационного потенциала, представленных во всех его элементах. Подчеркнем также, что оценка позитивной составляющей является специфической особенностью реабилитационной диагностики в отличие, например, от клинической. При этом реабилитационная диагностика должна отражать не только состояние объекта диагностики, но и прогноз реализации способностей человека, находящегося в условиях ограниченной жизнедеятельности. В данном аспекте реабилитационный потенциал следует рассматривать как один из фрагментов инфраструктуры реабилитационного процесса, который включает в себя реабилитационную диагностику, реабилитационные воздействия и послереабилитационное сопровождение.

Реабилитационный потенциал является показателем возможности восстановления или компенсации нарушенных функций, расширения сфер жизнедеятельности. Это является его базовой функцией. Качественный анализ реабилитационного потенциала позволит, во-первых, выделить реальные цели и задачи реабилитации. Во-вторых, он даст возможность установить определенную иерархию приоритетов этих целей и задач. И, в-третьих, в конечном счете он позволит определить оптимальные варианты методических приемов реабилитации, на которые пусть и в несколько обобщенном виде будут указывать ее цели и задачи.

Если рассматривать ранее выделенные элементы реабилитационного потенциала дифференцированно, то необходимо определить их значимость относительно различных аспектов реабилитации. Очевидно, что саногенетический реабилитационный потенциал непосредственно указывает на

перспективность медицинской реабилитации, психологический реабилитационный потенциал - психологической реабилитации и т.п. В то же время реабилитационный потенциал является целостной, системной характеристикой статуса индивида. А это означает, что выделенные специфические структурные элементы реабилитационного потенциала имеют определенную взаимосвязь, взаимообусловленность и, соответственно, каждый из них имеет ту или иную значимость в отношении всех видов реабилитации. Так, в силу соматогенной обусловленности многих психических расстройств, саногенетический реабилитационный потенциал будет в определенной мере отражать и возможности психологической реабилитации; социальный реабилитационный потенциал, в свою очередь, будет отражать потенции медицинской реабилитации в силу того или иного развития инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений и т.п. В целом следует считать, что саногенетический реабилитационный потенциал, психологический

реабилитационный потенциал, социальный реабилитационный потенциал целесообразно рассматривать в двух аспектах. Во-первых, в аспекте их значения для соответствующего смыслового вида реабилитации и, во-вторых, в аспекте всего комплекса реабилитационных мероприятий.

Особенно важно определение программы реабилитации для детей, имеющих статус «ребенок-инвалид», т.к. для данного контингента людей с ограничениями жизнедеятельности практически все возрастные периоды являются сензитивными для формирования и развития как личностных новообразований, так и познавательных процессов, что выступает основанием для всей дальнейшей жизни.

Наш опыт проведения психологической экспертизы в МСЭ говорит о том, что основной проблемой диагностики реабилитационного потенциала при обращении для определения статуса «ребенок-инвалид» являются, во-первых, правовая, в том числе в вопросах определения инвалидности безграмотность родителей, во-вторых, их рентные установки. Особенно сложно работать с родителями, дети которых уже имеют статус инвалида, который вероятно, будет снят. Если статус подтверждается, то родители зачастую не желают выполнять рекомендации психолога, требуя только медицинских назначений (льготные и/или бесплатные лекарства, санаторное лечение и пр.).

Дети, не свободные от родительских установок, чаще занимают пассивную либо эгоцентрическую позицию по отношению к своему будущему и своему здоровью, что искажает реабилитационный потенциал. Известно [3], что в общий реабилитационный потенциал включены эмоциональная, волевая, интеллектуальная и мотивационная составляющие. Так, даже если у ребенка выявлен сангвинический или холерический тип темперамента, или эмоциональная стабильность, т.е. теоретически можно предположить высокий уровень энергичности, активности для преодоления ограничений жизнедеятельности, то в реальности такой ребенок демонстрирует псих-

астенический синдром, который не соответствует его индивидуально-личностным особенностям.

Интеллектуальный потенциал также часто противоречит диагностируемой психологической картине познавательной сферы ребенка. Зачастую родители ограничивают такого ребенка в интеллектуальной активности, снижают уровень нагрузки, что приводит и к проблеме сформированности волевых процессов.

Ребенок-инвалид достаточно часто лишен либо ограничен в общении со сверстниками, что искажает образ Я, другие личностные образования.

Исходя из вышесказанного, считаем, что на этом этапе задача психолога - дать развернутый психологический диагноз состояния ребенка с учетом его индивидуально-личностных особенностей, а исходным пунктом программы реабилитации является психокоррекционная работа с родителями ребенка-инвалида с целью формирования адекватных представлений об индивидуально-личностных особенностях и возможностях ребенка.

Второй этап - проведение психокоррекционных (психотерапевтических) мероприятий, направленных на:

- формирование доверительных отношений в системе "пациент - психолог";
- обеспечение психологической поддержки, которая выражается в эмоциональном личностном принятии, сообщении о понимании особенностей, чувств, сложностей, ограничений возможностей и пр.;
- содействие свободному проявлению чувств, отреагированию подавленных и (или) вытесненных переживаний, овладение навыками конструктивного выражения чувств;
- помощь в овладении приемами саморегуляции;
- содействие в развитии и (или) восстановлении коммуникативной компетентности, в том числе навыков в разрешении конфликтных ситуаций;
- содействие осознанию своих особенностей, возможностей, перспектив.

Другими словами, этот этап реабилитации предполагает восстановление, насколько это возможно, прежнего функционирования личности. Здесь проявляется еще одна проблема организации работы психолога в МСЭ. С одной стороны, психокоррекционная работа требует специальной, часто достаточно дорогой подготовки, с другой – ограниченность в средствах родителей детей-инвалидов.

Третий этап – совместное (родитель – психолог - ребенок) формирование нового жизненного сценария ребенка-инвалида, определение новых жизненных целей, смыслов, системы ценностей и пр. Данный этап, к сожалению, при работе психолога с семьей ребенка-инвалида возникает редко. Проблема данного этапа, как и предыдущего, при прояснении реабилитационного потенциала заключается в отсутствии федеральной нормативной базы в работе психолога в структуре МСЭ. Даже во всех рекомендатель-

ных документах МСЭ не прописано количество часов на психокоррекционную и психоконсультационную работу, на подготовку к ней, что приводит к «творчеству» в Главных Бюро МСЭ.

Следовательно, решение вопросов психологической реабилитации детей-инвалидов как укрепления способностей принимать активное участие в социальной жизни во многом зависит от решения поставленных здесь задач.

Список литературы

1. Коробов М.В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике МСЭ и реабилитации инвалидов // Врачебно-трудовая экспертиза. Социально-трудовая реабилитация инвалидов. М.:ЦБНТИ, вып. 17, 1995.- 22 с.

2. Предупреждение инвалидности и реабилитация. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. - Женева, 1983. - 43 с.

3. Основы экспертной психологии: современные принципы и особенности работы психолога в бюро МСЭ. – СПб.: СПбИУВЭК, 2006. – 33 с.

4. Winter K. Die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. - Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1962.-124 s.

ПСИХОСОМАТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА В АСПЕКТЕ НЕУДАЧ СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Рублева Н.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Использование современных режимов интенсивной химиотерапия туберкулеза, разработанных ВОЗ и рекомендованных фтизиатрической службе России, сталкивается с трудностями, одна из которых - низкий комплаенс больных - серьезная и трудноразрешимая проблема современной медицины. Английское слово compliance, хорошо знакомое и понятное носителю английского языка, не имеет дословного русского перевода, хотя все чаще встречается в отечественной литературе. Если следовать его определению как MeSH-термина (то есть предметного определения), то комплаенс - это добровольное соблюдение пациентом предписанного ему режима лечения. Он предусматривает "терпеливое участие больного в принятии решения в вопросах, имеющих отношение к его здоровью". Нередко под высоким комплаенсом понимают согласие пациента руководствоваться рекомендациями врача. Напротив, низкий комплаенс определяют как любое отклонение больного от врачебных предписаний [1, 3, 4]. Некоторые понимают под комплаенсом комплекс мероприятий, направленных на безукоризненное и осознанное выполнение

больным врачебных рекомендаций в целях максимально быстрого и полного выздоровления (в случае острого заболевания) или стабилизации состояния (при хроническом заболевании). Подобное определение позволяет рассматривать проблему не только с позиций исполнительности больного, но и с точки зрения создания медицинским работником условий для понимания больным необходимости этой исполнительности. При этом комплаенс складывается из двух частей и предусматривает действия со стороны врача и пациента [5, 6].

Несоблюдение рекомендуемого режима лечения может иметь весьма серьезные клинические последствия, поскольку нередко приводит к терапевтическим неудачам, увеличению потребности в дополнительных консультациях лечащего врача и других специалистов, необходимости модификации лечения, возрастанию экономических затрат и т.д. Несмотря на многоаспектные исследования этой проблемы в различных областях медицины, в литературе отсутствуют методики количественной оценки комплаенса у больных туберкулезом легких. Это не позволяет своевременно и достоверно оценивать приверженность больных к лечению и проводить ее медикаментозную и психологическую коррекцию.

С целью повышения эффективности современных методов лечения туберкулеза нами разработана методика оценки комплаенса больных путем их опроса по специальной анкете, последующих бесед и контроля за приемом противотуберкулезных препаратов (заявка на рацпредложение).

Анкета, предназначенная для самозаполнения респондентами, была сфокусированной, то есть содержала только одну тему и сохраняла логическую последовательность вопросов, для каждого из которых была определена познавательная задача, позволяющая обеспечить эмпирическую проверку гипотез проводимого исследования и решения его познавательных задач.

Поскольку вопросы требовали от респондента критического отношения к себе и окружающим его людям, то для получения достоверной информации мы задавали их в косвенной форме, а по степени стандартизации ответов предпочли формализованный характер анкеты, предполагающий выбор респондентом необходимого ответа среди предложенных вариантов. Закрытые вопросы позволяли получать однотипную и легко сравнимую информацию от каждого респондента [2].

Пилотажные исследования позволили оценить валидность и надежность получаемой информации, выявить и исправить недостатки лингвистических форм, структуры, формата и организации анкеты. Мы отчетливо понимаем возможности и ограничения предлагаемой методики а также те допущения, которые были сделаны при ее разработке и связанные с ними границы выводов.

Разработанная анкета содержала 80 вопросов, ответы на которые позволили выявить субъективные и объективные факторы, влияющие на приверженность к лечению. Степень приверженности к лечению определялась путем подсчета положительных и отрицательных "сырых"

баллов и перевода их в стены, после чего давалось заключение и делался прогноз. Например, при наборе 1-2 стенов давалось заключение о неудовлетворительной приверженности больных к лечению, склонности к нарушению больничного режима, возможном отсутствии эффекта терапии и частых рецидивах и обострениях. В таких случаях выдавался неблагоприятный прогноз. При 3-5 стенах приверженность к лечению рассматривалась как удовлетворительная - в экстремальных ситуациях прогнозировались умеренные нарушения режима, нередкие мало удовлетворительные результаты терапии, рецидивы и обострения. Прогноз также определялся как неблагоприятный. Результаты в 6-8 стенов рассматривались как показатели благоприятного прогноза с хорошей приверженностью к лечению и исключительно редкими нарушениями режима, а в 9-10 стенов - как маркеры очень хорошей приверженности к лечению.

Из 120 больных с разными формами туберкулеза легких хорошая приверженность к лечению (6-10 стенов) обнаружена всего у 21 чел (17,5%), у 72 чел (60%) она была удовлетворительной (3-5 стенов), у остальных 27 чел (22,5%) - низкой (1-2 стена), и терапия таких пациентов была малоэффективной.

Для изучения влияния субъективных и объективных факторов на приверженность к лечению нами была проведена оценка комплаенса по 10 шкалам и получены дифференцированные результаты, зависящие от сроков пребывания больных в стационаре. Оказалось, что в первые 3-4 недели на низкую приверженность больных к лечению воздействуют стресс, легкая внушаемость и сочетающийся с ней низкий социально-психологический статус. В беседах с больными было установлено, что они шокированы выявленным у них заболеванием, не верят в правильность диагноза, ищут индивидуальные пути адаптации, руководствуются бытательскими представлениями о туберкулезе и советами "бывалых" соседей по палате. Отсюда стремление покинуть отделение, попытки использовать домашние средства и алкоголь в ущерб предписанным препаратам. Разъяснительные беседы, назначение успокаивающих средств снижают действие перечисленных факторов. Через 6-8 недель снижать комплаенс начинают такие факторы, как фрустрация и стигматизация. Непонимание необходимости длительного лечения вызывает у больных чувства разочарования, тревоги, раздражения, отчаяния и даже агрессивность, что мешает доверительным отношениям с персоналом и может привести к прерыванию лечения. Если агрессия направляется внутрь организма, то появляются патологические симптомы в виде головных болей, аллергических реакций, расстройств желудочно-кишечного тракта, которые не всегда можно объяснить непереносимостью противотуберкулезных препаратов. Интересно, что такие факторы как побочное действие лекарств и низкое экономическое положение мало влияют на комплаенс в условиях противотуберкулезного диспансера, где

больные получают бесплатное лечение, питание и заботу медицинского персонала.

Выводы

1. Разработана методика оценки комплаенса при туберкулезе легких, которая выявила хорошую приверженность к лечению у 17,5%, удовлетворительную - у 60%, низкую - у 22,5% больных.

2. На снижение комплаенса влияют прежде всего субъективные эмоциональные факторы, оказывающие неблагоприятное психосоматическое воздействие на организм.

3. Для повышения эффективности лечения больных туберкулезом необходима оценка комплаенса и его коррекция с помощью квалифицированного клинического психолога.

Список литературы

1. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: Медпрактика – М., 2004. – 492 с.

2. Шляпентох В.Э. Проблемы качества социологической информации: достоверность, репрезентативность, прогностический потенциал.— М.: ЦентрСоциальногоПланирования, 2006. - 999 с.

3. Horwitz R.I., Horwitz S.M. Adherence to treatment and health outcomes. Arch. of Int. Med. - 1993. - V. 153, P. 1863–1868.

4. Kardas P. Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections. - Antimicrob. Chemother. - 2002, V. 49. - P. 897–903

5. Pechere J.C., Hughes D., Kardas P. Non compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey. Int. J. Antimicrob. Agents. - 2007. - № 29. - P. 245–253. .

6. Wandstrat T., Kaplan B. Pharmacoeconomic impact of factors affecting compliance with antibiotic regimens in the treatment of acute otitis media. - Pediatric. Inf. Dis. J. - 1997. - № 16. - P. 27–29.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ВРЕМЕННУЮ ПЕРСПЕКТИВУ ЛИЧНОСТИ

Селин А.В., Сотников В.А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Работа поддержана Грантом Президента РФ № МК-4130.2011.6 «Структура и динамика жизненного пути личности в социальной ситуации тяжелого соматического заболевания (на примере кардиологической, гастроэнтерологической, гинекологической и онкологической патологии)».

В современном мире проблема человека, находящегося в ситуации соматического заболевания (как острого, так и хронического), является не только медицинской, но также социальной и психологической. Увеличивающееся с каждым годом количество соматических заболеваний, обращает всё более пристальное внимание психологов к этой проблеме и тем изменениям в личностной организации, которые их сопровождают.

В ситуации хронического заболевания человек сталкивается с серьезной проблемой – осложнения в реализации собственного жизненного плана. Перед ним встает вопрос об адекватном отражении собственной личности, окружающего мира и своего места и роли в нем. В ситуации гинекологического заболевания происходит деформация четкой временной, жизненно-смысловой перспективы, заболевание «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего» [4]. Как правило, человек ориентирован в большей степени на настоящий момент и прошлое, и в меньшей степени на будущее.

В настоящее время проблема временной перспективы у больных с соматической патологией изучена недостаточно, хотя привлекает все большее внимание психологов, т.к. непосредственно связана с проблемой понимания личности и природы человека в целом.

Мы в своей работе делаем попытку эмпирически изучить особенности временной перспективы больных хронической соматической патологией гинекологического профиля.

Наше исследование проводится в области психологии временной организации личности [1, 3, 6, 8] и психологии телесности [2, 5, 9].

Центральной гипотезой выступило предположение о том что, хроническая соматическая патология изменяет временную перспективу. Для изучения временной перспективы мы использовали: опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (ZTPI) (адаптация А. Сырцовой); процедуру «Линия жизни», опросник «Шкала временных установок» Ж. Нюттена и В. Ленса. В исследовании приняли участие 40 испытуемых. Экспериментальную группу составили пациентки курской городской клинической больницы № 4, находящиеся на амбулаторном лечении в гинекологическом отделении. Границы возраста составляют от 25 до 65 лет. Средний

возраст – 49,7 лет. N=20. Контрольную группу составили женщины без соматической патологии. Границы возраста составляют от 25 до 65. Средний возраст – 51,4 лет. N=20. Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 8.0, с использованием U-критерия Манна – Уитни и описательных статистик.

Таким образом, в результате проведенного эмпирического исследования гипотеза о том, что хроническое соматическое заболевание изменяет временную перспективу личности, частично подтвердилась. Мы получили данные, свидетельствующие о том, что женщины, страдающие хронической соматической патологией, имеют изменённую временную перспективу. Это подтверждается наличием статистически значимого преобладания негативной установки на настоящее по методике ШВУ (при $p=0,040$). Это позволяет сделать вывод, о том, что в ситуации заболевания настоящее воспринимается как негативное, лишённое смысла и даже критическое, фрустрирующее удовлетворение потребностей. Статистически значимое преобладание позитивной ориентации на будущее (при $p=0,003$) в контрольной группе позволяет сделать вывод, что в ситуации гинекологической патологии снижается возможность построения перспективы, женщина ориентируется либо на прошлое, либо на настоящее, будущее не представляется им развернутым и насыщенным, т.к. ситуация заболевания несет в себе высокий уровень неопределенности, что так же сужает возможность влияния на будущее активными индивидуальными действиями.

Также выявлены различия на уровне статистической тенденции по признаку гедонистическое настоящее в контрольной группе, по сравнению с группой больных, при уровне значимости $p=0,09$, негативное прошлое при $p=0,96$. Следовательно в ситуации гинекологического заболевания снижается возможность построения жизненной перспективы, человек ориентируется на прошлое, т.к. ситуация несет в себе высокий уровень неопределенности.

Список литературы

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. – СПб.: Алетейя, 2001. – 304 с.
2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. - СПб.: Речь, 2007. – 162 с.
3. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. - СПб.: Речь, 2010. – 352 с.
4. Левин К. Теория поля в социальных науках. – СПб.: Речь, 2000. – 365 с.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Издательство Московского университета, 1984. – 166 с.
6. Нюттен Ж. Мотивация, действия и перспектива будущего / под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2004. – 608 с.
7. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов // Психологический журнал. – 2000. - Т. 21. - № 4. – С. 5 - 21

8. Трубников Н.Н. Время человеческого бытия. - М.: Наука, 1987. – 256 с.
9. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. – 287 с.

ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ В СЕМЬЕ И ШКОЛЕ

Семено А.А., Ташина Т.М.

Санкт-Петербургский государственный институт
психологии и социальной работы, г. Санкт-Петербург, Россия
Шуйский государственный педагогический университет,
г. Шуя, Россия

Древнегреческий философ Фалес Милетский писал, что тот счастлив, кто здоров телом, восприимчив душой и податлив на воспитание [1, 45].

В Уставе Всемирной организации здравоохранения говорится о высшем уровне здоровья, как об одном из основных прав человека. Не менее важно право человека на информацию о тех факторах, которые определяют здоровье человека или являются факторами риска, то есть их воздействие может привести к развитию болезни [1, 89].

Одним из важнейших приобретенных по наследству свойств здорового организма является постоянство внутренней среды. Это понятие ввел французский ученый Клод Бернар (1813 - 1878), считавший постоянство внутренней среды условием свободной и независимой жизни человека. Внутренняя среда образовалась в процессе эволюции. Она определяется в первую очередь составом и свойствами крови и лимфы [1, 32].

Еще в 20-е годы прошлого века К. Юнг анализировал причины возникновения трудностей при воспитании детей. Он считал, что в первые годы жизни ребенок находится в состоянии «participation mystique» со своими родителями, то есть образует с ними бессознательное психическое тождество и является частью их психологической атмосферы. «Именно поэтому, – пишет Юнг, – нервные и психические нарушения у детей вплоть до среднего школьного возраста основаны, можно сказать, исключительно на нарушениях психической сферы родителей. Трудности во взаимоотношениях родителей непременно отражаются в психике ребенка и могут вызвать в ней прямо-таки патологические нарушения» [1, 64]. По мнению Юнга, шестилетний ребенок, поступая в школу, полностью психологически зависим от родителей и, имея лишь зачаточное сознание своего Я, не в состоянии еще утвердить свою индивидуальность.

Развитие молодых людей в нашей стране должным образом касается глобальных тенденций и проходит через несколько критических этапов, каждый из которых имеет свою специфику и риски. Объединяющим фактором развития с точки зрения информированности здравоохранения и образования, влияющие на динамические особенности молодежи, четыре:

семейный анамнез, личное здоровье, социальная среда и воспитание. Отрицательное воздействие на фундаментальные факторы следующие: возрастные тенденции могут быть сгруппированы, идентифицированы и неизбежны.

Наследственность несет ответственность за передачу генетических признаков для того, чтобы сохранить и продолжить породу. Он определяет естественные пределы нашего тела, таких как: максимальная высота, максимальный вес, максимальный IQ соответствует пропорции скелета, и генетического здоровья.

В процессе развития и социализации, когда люди строят, многие генетические дефекты, компенсируются повышенным чувством самосохранения и уважением к здоровью, в перспективе часто приводит к большей продолжительности жизни в удовлетворительном здоровье. Статистика показывает, что в развивающихся и развитых обществах ребенок чаще отказывается от обучения вредных и ненужных привычек цивилизации, как курение, потребление алкоголя, злоупотребление кофеином по сравнению с их сверстниками в рамках стандартов охраны здоровья. Вот как высокая степень риска в наследственности и в личном здоровье приводит к концептуальным изменениям в образе жизни, которые созревают и обеспечивают меньший риск для здоровья пациента при рождении.

Процесс снижения рисков наследственности и риски, связанные с долгосрочным психологическим состоянием здоровья в детстве, так же появляется на процессы санитарного просвещения. Это инструмент, с которым государственные учреждения и семьи могут влиять на сохранение здоровья среди молодых людей и еще недостаточно сознательным человеком.

Семейный уклад влияет на здоровье детей. Семейная жизнь определяет здоровье членов как прямо, так и косвенно. Обстановка в семье, характер взаимоотношений ее членов в значительной мере определяют рождаемость, сказываются на исходе беременности, влияют на различные показатели здоровья.

Режим, распорядок дня членов семьи – один из показателей образа жизни. В семьях, где неблагоприятный психоэмоциональный климат, дети чаще болеют язвой желудка, хроническим гастритом. Нарушение режима отдыха, сна, питания в семье приводит к развитию у большинства членов семьи ряда заболеваний: сердечно-сосудистых, нервно-психических, нарушений обмена.

Семья влияет на становление характера, на духовное здоровье ее членов.

Вообще, в городе члены семьи мало общаются друг с другом, зачастую собираются лишь за ужином, но и в эти недолгие часы контакты членов семьи подавлены просмотром телевизионных передач. В больших городских семьях при совместном проживании в одной квартире 2-х или 3-х поколений контакты членов семьи нередко бывают затруднены из-за высокой психоэмоциональной напряженности. Все эти и ряд других условий

оказывают существенное влияние на устойчивость семьи, а следовательно, неблагоприятно влияют на здоровье населения в целом.

В обществе назрела острая проблема укрепления семьи, решение которой во многом определяется культурой вступающих в брак, в частности, пониманием роли семьи как фактора здоровья всех ее членов.

Приведем краткий перечень факторов, рисков и приложений которые помогут избежать проблем их с точки зрения наследственности и личного здоровья:

Социальная среда как фактор развития в области здравоохранения и здорового образа жизни ребенка проявляется в двух планах: микро- и макроэлементов.

Макрос в широком смысле, это сочетание географических, экономических, исторических, политических, культурных и других факторов. В этом смысле, макрос влияет на образование и здравоохранение, образование, в частности, является как общественное и социальное явление, в том числе деятельности образовательных учреждений (школ, гимназий и спортивные клубы и т.д.).

Факторами риска на этом уровне являются: отсутствие ведомственного контроля за состоянием здоровья и качеством кормления и качеством спортивных мероприятий и т.д.; отсутствие организационной согласованности в работе отдельных учреждений и семьи, особенно на уровне осведомленности; отсутствие человеческих и материальных ресурсов (например, самодеятельные коллективы онлайн; потеря веса несовершеннолетними девочками; несовершеннолетний алкоголизм).

Микроокружение образуется в месте, в котором человек рождается, растет и развивается. Это включает в себя семьи и малые социальные группы родственников, друзей семьи и соседей. Отрицательным личным примером является основные факторы в системе медицинского образования в микромире. Выделим наиболее часто встречающиеся отрицательные варианты: отказ системного интереса здоровья – отсутствие календаря, в котором семья заботится о профилактике здоровья; отсутствие примера здоровой интеграции с природой; алкоголизм, наркомания в семье и т.д.

Таким образом, можно сделать вывод, что семейный (или индивидуальный) уровень позволяет программировать формы первичной профилактики, профессионального отбора, оптимальный выбор «маршрутов здоровья», оптимизировать семейные или индивидуальные условия и образ жизни ребенка и выявлять начальные признаки заболеваний.

Возраст	Фактор	Риски	Решение 1	Решение 2	Решение 3
Школа класса до 4	Диабет, фермент недостатков, гемофилия, ожирение, гормональный дисбаланс	Ожирение, имобилизации, проблемы с сердцем, гипертония, ранний инфаркт.	Строгая диета в поощрении самостоятельности в приготовлении пищи.	Физическая активность, для преодоления неопределенности: каратэ, дзюдо, айкидо и т.д. в рамках специальных соглашений.	Раннее обучение в естественной истории, биологии, химии и гигиены труда. Активные путешествия, активный образ жизни в семье и раннее обучение в системе медицинского образования. Йога, живопись, балет для девочек
Школа до 8-го класса	Диабет, фермент недостатков, гемофилия и другие.	Увеличение основных рисков	Диета в содействии участию в приготовлении пищи для всей семьи по крайней мере два или три дня в неделю. Планируемые структуры питания в семье.	Регулярные консультации с ортопедом и фитнес-профессионалом. Спорт в еженедельном образ жизни.	Широкое обсуждение в семье личного здоровья
Старшая школа	Диабет, фермент недостатков, гемофилия и другие.	Проявление в личных и социальных рисках	Планирование питания среди молодежи, наряду с личным консультантом питания. Участие в подготовке семейных трапез по крайней мере раз в неделю.	Введение фитнес-практики, независимо от основного вида спорта.	Жесткое отношение к болезни и вредных привычек в семье, даже ценой конфликта.

Список литературы

1. Баншиков В М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. - М.: Медицина, 2008.
2. Валерьянов, К.С. и др. Клиническое обследование матерей, имеющих детей с органическими нарушениями ЦНС // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - М., 2009. Т. XV. Вып. 5.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ ПОДРОСТКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТ-ТЕРАПИИ

Семыкина Ю.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Пубертатный период знаменуется бурным психофизиологическим развитием и перестройкой социальной активности ребенка. Мощные сдвиги происходят во всех отраслях его жизнедеятельности, делают этот возраст «переходным» от детства к взрослости. Иными словами, подростковый возраст — это стадия онтогенетического развития от 11–12 до 16–17 лет, которая характеризуется качественными изменениями, связанными с половым созреванием и вхождением во взрослую жизнь. Также, подростковый возраст — это потеря детского мироощущения, появление чувства тревожности и психологического дискомфорта. Основным лейтмотивом психического развития в подростковом возрасте является становление нового самосознания, изменение Я-концепции, попытки понять самого себя и свои возможности. В этот период индивид имеет повышенную тревожность, возбудимость, импульсивность. У подростков развивается тревога по поводу своего развития, это связано, прежде всего, с диспропорциями в развитии, с преждевременным развитием или его задержкой.

Феномен подростковой тревожности в настоящее время достаточно глубоко изучен и представлен в научной литературе, прежде всего в работах таких авторов как Прихожан А.М., Лютова Е.К., Моница Г.Б., Фрейд А., Захаров А.И. и др. Однако проблема преодоления тревожности и ее негативных последствий для подростков сохраняет свою актуальность.

Невозможно найти человека, который бы никогда не испытывал состояния тревожности в различных ситуациях. С тревожностью связаны такие переживания, как беспокойство, тревога, страх. Это неотъемлемые эмоциональные проявления нашей психической жизни. Тревожность, как личностное образование, проявляется в постоянном беспокойстве, неуверенности, ожидании неблагоприятного развития событий. А теперь представьте, что подобные эмоциональные проявления преследуют подростка всё время на протяжении нескольких лет. Зачастую, подростку довольно трудно справиться в одиночку с подобными «фокусами» своей психики, и именно в таких случаях ребёнку на помощь приходит психолог.

Основной задачей психолога является помощь ребёнку в адаптации к новым физиологическим и эмоциональным проявлениям своего организма, помощь при выходе из различных конфликтных ситуаций, совместная борьба с тревожностью подростка и многое другое.

Для работы с подобными ситуациями в психотерапии был разработан такой метод, как арт-терапия, которая использует для лечения и психокоррекции художественные приёмы, творчество: рисование, лепку, музыку, актёрское мастерство и т. д.

Арттерапевтические занятия способствуют более ясному, тонкому выражению своих переживаний, проблем и внутренних противоречий. В процессе творчества ликвидируется или снижается защита, которая есть при вербальном, привычном для подростков контакте, поэтому в результате пациент правильнее и реальнее оценивает свои ощущения окружающего мира, снижается уровень тревожности.

Также, арт-терапия способствует творческому самовыражению. Методы арт-терапии можно использовать в качестве средства развития определенных личностных качеств и умений, в том числе, творческих способностей и коммуникативных навыков. [5]

Способов и методов выражения себя и своих чувств через творчество великое множество, но мы заострим своё внимание на таком методе арт-терапии, как сказкотерапия.

Сказки в психотерапии использовались давно, особенно представителями юнгианской школы. Анализом сказок занимались такие видные учёные как Карл Густав Юнг, Ханс Дикманн, Мария-Луиза фон Франц, Кларисса Пинкол Эстес, Эрих Фромм, Зигмунд Фрейд, Эрик Берн, и, конечно, Борис Герасимович Ананьев. Но все же концепция Комплексной сказкотерапии, которая сегодня защищена Авторским свидетельством, родилась в Петербурге, в России. В разработке метода сказкотерапии участвовали такие психологи, как Елена Романова, Андрей Гнездилов, Тамара Сытько, Юрий Тележко, Галина Николаева, Дарья Протасова, Елена Тарасова, Татьяна Баязитова, Татьяна Карасева, Татьяна Грабенко.

Однако ещё издавна знания и мудрость одного поколения передавались другому именно в сказочной форме, ведь так они лучше воспринимались и запоминались. Поэтому совсем не удивительно, что в рамках такой науки как психология постарались осмыслить и структурировать знания о сказках, и о их влиянии на психику человека. Так появилось направление психологической работы – сказкотерапия. С каждым днём сказкотерапия становится всё более популярной. Но открытым остаётся вопрос – в чём же особенность сказкотерапии? Что отличает сказкотерапию от любых других психологических направлений?

Сказкотерапия – это процесс образования связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни. Это процесс переноса сказочных смыслов в реальность.[1]

Работа со сказкой не так проста, как кажется на первый взгляд.

Сказкотерапевт может по-разному предлагать клиенту, как именно работать со сказкой. Самые распространенные способы - это:

- обсуждение уже существующей сказки;
- самостоятельное написание клиентом сказки (клиентская сказка);
- инсценирование уже написанной сказки (кукольный театр или актёрское проигрывание);
- арттерапевтическая работа по мотивам сказки; и др.

В содержании придуманной, обыгранной или обсуждаемой сказки можно рассмотреть, чем сейчас живет клиент, какие у него основные переживания, что его беспокоит, тревожит. Неоднократно доказано, что сказкотерапия имеет сильное воздействие на личность, например, уже сам факт написания сказки является сильным терапевтическим воздействием. Именно поэтому так называемой клиентской сказке отводится отдельная очень важная роль.

Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. советует проводить написание клиентской сказки в три этапа:

1. Замедление. Необходимо успокоить и настроить клиента на дальнейший процесс написания сказки.

2. Написание сказки. Клиент должен написать свою сказку, если возникают трудности, то необходимо вернуться к первому этапу.

3. Завершение, прочтение сказки. Момент, когда клиент читает терапевту свою сказку, является очень важным, так как клиент будет волноваться из-за предъявления своего творчества, а терапевт попытается познакомиться с внутренней феноменологией клиента. Затем терапевту необходимо поинтересоваться у клиента, о чем для него эта сказка, понравилась или нет, что хотел бы исправить и как он её воспринимает.

Все действия, проводимые в ходе сказкотерапии, наполняются личностным смыслом, также могут включаться социальные установки, ранние детские переживания. [2]

Но всё же, сказки - это одно, сказкотерапия - другое. Те сказки, которые используются в реальной психотерапевтической работе, на бумагу, как правило, не ложатся, и чужому уху непонятны (невнятны). Литературные же сказки могут служить в терапии профилактикой, тренировкой, иллюстрацией, моделью, развитием контакта, но никак не основным средством. [6]

Сказкотерапия - это направление практической психологии, использующее ресурсы сказок для решения целого ряда задач: воспитание, образование, развитие личности и коррекция поведения. Именно поэтому данный метод является наиболее продуктивным при работе с подростками, при борьбе с агрессией, тревожностью, страхами.

Сказкотерапия позволяет психологу установить идеальный контакт со своим клиентом, даёт удивительную возможность найти и буквально говорить с ним на одном языке, языке сказочных метафор. Так же, при работе со сказкой появляется возможность ловко обойти психологическое сопротивление клиента и даже поработать с проблемой, которую по той или иной причине клиент пока не готов озвучить открыто. Это является большим плюсом при работе с подростками, так как они зачастую очень трудно идут на контакт как с окружающими, так и с психологом в особенности. [7]

При работе со сказкой для подростка создаётся наиболее благоприятная и безопасная среда, в которой он получает возможность раскрыть и исследовать свою личность, выявить и развить её ресурсы. Атмосфера

волшебства и сказочности позволяет выйти за те искусственные рамки, которыми пытается ограничить себя проблемный подросток, расширить фокус его внимания и арсенал возможностей. Это помогает увидеть другие возможные пути развития событий и решения жизненных проблем.

В заключение из вышесказанного можно сделать вывод, что сказкотерапия является очень продуктивным, но в тоже время щадящим и не травмирующим методом психотерапии, но, несмотря на это, не стоит злоупотреблять сказками, их использование должно быть уместным. В противном случае можно исказить всю идею терапии. Психотерапевтические сказки побуждают к размышлению. Часто это процесс длительный, поэтому нельзя «перегружать» подростка сказками, чтобы он не утратил к ним чувствительность.

Список литературы

1. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практику по сказкотерапии. М.: Речь. 2004. - 310 с.
2. Киселева М. В. Арт-терапия в работе с детьми. М.: Речь. 2007. – 160 с.
3. Копытин А.И. Теория и практика АРТ-ТЕРАПИИ. СПб.: Питер. 2002. - 366 с.
4. Копытина А. И. Практикум по арт-терапии. СПб.: Питер. 2001. - 448с.
5. Соколов Д.Ю. Сказки и сказкотерапия. – М.: Эксмо-пресс, 2001; 2005. – 224 с.
6. Электронный ресурс <http://www.sadon.ru/>. 20.10.2001. Дмитрий Кудзилов. Статья «Сказки, сказкотерапия, нравственный иммунитет в процессе конструктивной социализации личности»

ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИВЯЗАННОСТИ В ДИАДЕ МАТЬ-РЕБЕНОК

Симоненко И.А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Практический психотерапевтический опыт и многочисленные экспериментальные исследования приводят нас к выводу о значимости формирования привязанности для здоровья и развития человека. Экспериментальной психологией накоплена информация о сенситивных периодах формирования, типах привязанности, факторах влияющих на развитие привязанности и значении её для соматического, психического и социального здоровья человека. Практикующие психологи и психотерапевты отмечают, что во многом работа психолога, при достаточно широком круге детских эмоциональных, психосоматических, поведенческих и др. проблем состоит в том, чтобы помочь ему в развитии надежной привязанности с

кем-либо из членов семьи, чаще всего с матерью, и реконструкции негативных сцен, возникших вследствие ненадежных форм привязанности. И хотя цели психотерапевтической помощи ребенку намного шире заявленной темы, практический опыт показывает, что восстановление доверия и поддержки в близких отношениях являются надежным фактором защиты при совладении с большим кругом психологических затруднений у детей и подростков. Автору психотерапия привязанности представляется одной из центральных, если не основной темой в психологической помощи детям и подросткам.

В привязанности ребенок формирует базовое доверие к миру, позитивную картину самого себя и первые конструктивные модели взаимодействия, которые лежат в основе новых взаимоотношений.

Первой задачей, стоящей перед детским психотерапевтом, является диагностика нарушения привязанности. Известных методов экспериментальной психологии явно недостаточно, они все также нуждаются в дальнейшей стандартизации, формат психотерапевтических отношений, где центральное место должен занимать контакт, а не «исследование объекта», приводит к необходимости использования процессуальной диагностики. Т.е. диагностики в процессе развития психотерапевтического альянса.

Диагностика качества привязанности в рамках нашего выработанного в российско-австрийском сотрудничестве подхода в детской терапии происходит:

1) В процессе сбора объективной и субъективной информации.

Для надежной привязанности. После 1,5 года может остаться по просьбе мамы ненадолго с незнакомыми приветливыми людьми. Радует приходу мамы, в ситуации тревоги ищет маму для утешения. Есть игрушки-утешители, которые выполняют функции мамы (переходные объекты по Д. Виникоту). С интересом относится к сверстникам, пытается установить с ними контакт. Проявляет любознательность к окружающим предметам. Даже в незнакомой ситуации.

Для ненадежной привязанности. Очень трудно отпускает маму. Нельзя уговорить, договориться, чтобы остаться даже ненадолго с новым человеком, не может найти себе утешение без мамы. Очень пугливо относится к незнакомым людям, в том числе и к детям. Мало проявляет любознательности к новым предметам, игрушкам. Мама не может играть с ребенком. Проявляет в адрес мамы амбивалентные чувства. Иногда проявляет безразличие на возвращение мамы, часто игнорирует ее попытки установить контакт.

2) По наблюдению на приеме. При нарушении привязанности. Мама не умеет играть. Т.е. не подключается к игре ребенка и не может его увлечь своей. Нет невербальной подстройки, т.е. голосом, жестами, позой. Мама эмоционально не отзывчива на меняющиеся чувства ребенка. Часто недовольна тем как проявляет себя ребенок на встрече у психолога. Или ребенок сам отказывается играть с мамой.

Ребенок проявляет себя очень пугливо, или быстро осваивая предметное пространство, игнорирует людей находящихся рядом. Производит впечатление, «сам себе на уме» трудно с ним договориться о чем-либо, как будто не слышит. Закрыт, в лучшем случае прячется за маму, в худшем - апатично и с большой дистанции слабо реагирует на предложение контакта со стороны психолога.

Это описание не исчерпывает все проявления при нарушении привязанности, и они характерны для детей до 4-5 лет, далее они маскируются и остаются в описанном виде только при серьезных нарушениях характерных для дезорганизованного или тревожно-избегающего типов привязанности. На основе нарушенной привязанности могут развиваться различные эмоционально-личностные нарушения. Вопрос о дифференцированной диагностике мы оставляем клиническим психологам и психиатрам.

Обнаруженные нарушения привязанности, с нашей точки зрения являются более глубокими нарушениям на почве которых могут развиваться другие нарушения в развитии ребенка.

Мы убеждены, внутри каждой женщины при глубоком и искреннем контакте обнаруживается потребность быть хорошим родителем и вина в случае бессознательного или осознанного переживания недостаточно хороших отношений с ребенком. Необходимо понять, что препятствует матери естественно и спонтанно реализовывать свою потребность в надежной связи с ребенком. В практике мы также вновь и вновь обнаруживаем, малую эффективность такой стратегии помощи детям, когда родителям сообщается, что необходимо для формирования надежной привязанности, это связано с подрывом у мамы собственной компетентности и доверия к себе, а также развития чувства вины, что препятствует формированию надежной эмоциональной связи.

Следуя основным положениям интегративного интрапсихического и межперсонального подхода, мы выделяем несколько сфер, в которых формируются эти препятствия, что, в свою очередь, определяет фокус психотерапии привязанности:

- внутренние психические структуры ребенка и матери. Различные врожденные нарушения в развитии младенцев могут усложнять процесс распознавания матерью сигналов младенца, и тогда ей необходима специальная помощь в процессе подстройки к младенцу и далее взрослому ребенку.

- внутренний мир матери.

- а) Травмы. В таких случаях женщина словно застревает в переживании этих событий, не получая возможности ни осознать ни отреагировать чувства. В практике мы обнаруживали, что в подобных ситуациях, зачастую сам ребенок становится тем, кто невольно актуализирует и заставляет вновь и вновь переживать незавершенную ситуацию, как - будто побуждая ее завершить. Ребенок становится таким триггером, для этого обнаруживается много причин, которые описаны в нашем подходе.

б) Опыт отношений с собственной матерью или лицом, заменяющим ее. Существует достаточно много экспериментальных исследований и практических наблюдений, которые делают вывод о том, что матери склонны бессознательно воспроизводить в отношениях с детьми свой опыт ранних отношений с матерью. Именно в таких случаях матери необходима психотерапия корригирующим эмоциональным опытом.

- Следующий уровень анализа - качество контакта матери и ребенка, из которого вырастает привязанность. Цель психологической помощи на этом уровне - развитие способности матери к эмпатии и наблюдательности, быть предсказуемой и надежной, поддерживать и развивать родительскую компетентность (при достижении описанных целей наиболее эффективной оказывается совместная игровая психотерапия).

- Наконец, уровень взаимосвязи с другими значимыми членами семьи. Актуальные конфликты, повышенная тревога, нарушения психологических границ и другие нарушения отношений, прежде всего супружеских и других, значимых для матери семейных взаимоотношениях может блокировать способность её к формированию надежной связи с ребенком.

Работа с ребенком связана, прежде всего, с изменением в игре привычных сцен беззащитности или жестокости и всемогущества на сцены, в которых появляется сильный заботливый и защищающий персонаж. Работа с safe-place. Развитие способности ребенка понимать и сопереживать слабой беззащитной части. Идентификация с добрым и сильным персонажем, способным защищать и поддерживать, утешать является основной частью психотерапии привязанности в отношении ребенка.

Список литературы

2. Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
3. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004. – 232 с.
4. Винникот, Дональд Вудз, Семья и развитие личности: мать и дитя. - Екатеринбург: Литур, 2004.
5. Стерн Д. Дневник младенца. Генезис. - Москва, 2001.
6. Стерн Д. Межперсональный мир младенца. Изд-во Восточно-европейского института психоанализа. - СПб., 2006.
7. Zimprich Vera. Die Einbeziehung der Familie in die Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie: ein interpersonelle Arbeitsansatz. In: Kinder und Jugendlichen Psychotherapie- eineigenständigersatz innerhalb der Psychotherapie , PPP, Wien, 2004.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Смирнова С.В., Логинов Ю.А., Антышева Е.Н.

Ивановская государственная медицинская академия,
г. Иваново, Россия

Индивидуально-типологические свойства личности способствуют или препятствуют выздоровлению лиц страдающих сердечнососудистыми заболеваниями (А.С. Мелентьев, 1995; Т.Д. Тябут, 1999). Особую роль в развитии артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца отводят психологическому стрессу (Ф.Б. Березин, 1996; Е.А. Гаврилова, 1999; Е.Е. Гогин, 2002), поэтому формирование психосоматической патологии, включая заболевания сердца и сосудов, рассматривается отдельными авторами (Д.Н. Исаев, 1996, Дж.Т. Кобб, 1996) как вариант дезадаптации из-за неустойчивости к стрессу.

С целью исследования структуры личностных особенностей больных с сердечнососудистыми заболеваниями (ССЗ) нами были обследованы 90 пациентов, из них 34 (37,8%) женщины и 56 (62,2%) мужчин. Средний возраст больных составил 53,9 года. Они были разделены на 3 группы, в зависимости от патологии: 1-я группа (30 человек) – пациенты с диагнозом: ишемическая болезнь сердца: острый инфаркт миокарда (ИБС: ОИМ); 2-я группа (30 человек) - пациенты с диагнозом: ишемическая болезнь сердца: стенокардия (ИБС: стенокардия); 3-я группа (30 человек) - пациенты с диагнозом: артериальная гипертензия (АГ).

Нами были использованы методы: интервьюирования, исследования самочувствия, активности, настроения (САН), измерение уровня тревожности (Тейлор), исследование акцентуаций характера Леонгарда - Шмишека, опросник определения уровня невротизации и психопатизации (УНП).

Чтобы отследить динамику изменения САН обследование проводилось многократно. Было сделано 9 замеров у всех трех групп больных в 1-3, 8-10 15-17 дни (данные представлены в таблице 1).

Таблица 1

Средние результаты исследования по методике САН

Пол		Мужчины				Женщины			
		Все гр	1 гр	2 гр	3 гр	Все гр	1 гр	2 гр	3 гр
Самочувствие	1-3 день	3,7	3,6	3,8	3,8	3,5	3,1	3,5	3,9
	8-10 день	4,2	4,1	4,2	4,2	3,9	3,7	3,9	4,2
	15-17 день	4,7	4,8	4,6	4,6	4,3	3,8	4,4	4,6
Активность	1-3 день	3,5	3,2	3,8	3,5	3,3	2,7	3,7	3,6
	8-10 день	4	4	4,3	3,8	4	3,7	4,3	4,1
	15-17 день	4,5	4,6	4,7	4,3	4,5	4,2	4,7	4,5
Настроение	1-3 день	4	3,7	4	4,2	3,8	3,3	4	4,2
	8-10 день	4,4	4,4	4,5	4,4	4,3	3,9	4,4	4,5
	15-17 день	5	5	4,9	4,9	4,8	4,3	5	5,1

Полученные данные показали, что психологическое самочувствие пациентов в зависит от степени тяжести их состояния и заболевания: 1-я группа – $x'_1 = 4,2$; 2-я группа - $x'_2 = 4,5$; 3-я группа - $x'_3 = 4,6$ ($p < 0,05$). К 17-му дню показатели настроения во всех трех группах становятся

практически равными: 1-я группа = 4,9 б.; 2-я группа = 4,9 б.; 3-я группа = 5 б. Пациенты 1-й группы имеют самые низкие показатели самочувствия, активности и настроения (как у мужчин, так и у женщин), что реально отражает у них наибольшую тяжесть заболевания, по сравнению с пациентами двух других групп. Представители 2-ой и 3-ей групп имеют примерно равные показатели самочувствия, активности и настроения. По шкале тревожности было выявлено наличие среднего и высокого уровня тревоги у всех трех групп исследуемых. Средние значения показателя тревожности по группам имеют незначительные различия (1-я группа - 20 б.; 2-я группа - 22 б.; 3-я группа - 24 б.). У 33,3% обследуемых (30 человек) выявлен средний уровень тревожности, а у 66,7% - высокий (таблица 2).

Таблица 2

Показатели тревожности по шкале Тейлора

Уровень тревоги	Мужчины, %				Женщины, %			
	В целом по выборке	1 гр	2 гр	3 гр	В целом по выборке	1 гр	2 гр	3 гр
Низкий	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний	31,1	33,3	35	25	39,3	50	40	27,8
Высокий	68,9	66,7	65	75	60,7	50	60	72,2

В результате исследования акцентуаций характера пациенты распределились следующим образом: в наибольшем количестве представлены пациенты с акцентуацией характера по эмотивному типу - 36 (40%) человек. Вторую позицию занимают представители застревающего типа: их в нашей выборке оказалось 23 (25,6%) человека. Пациенты, имеющие другие типы акцентуаций характера представлены в минимальном количестве от 1 до 8 человек. Представители первых двух типов акцентуаций характера составляют 65,6% от всей выборки. Из этого следует, что большинству пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями присущи такие личностные особенности как чувствительность, впечатлительность, склонность к глубоким переживаниям в духовной сфере, чрезмерная стойкость аффекта со склонностью к формированию сверхценных идей. Представители остальных типов акцентуаций характера дополняют обобщенный психологический портрет такими личностными особенностями как повышенная тревожность, неуверенность в себе, фиксированность на мрачных сторонах жизни и склонность к вытеснению психотравмирующих факторов.

По результатам исследования уровня невротизации и психопатизации больных по отдельным группам методом УНП были получены следующие результаты (табл. 3).

Таблица 3

Показатели уровня психопатизации и невротизации

	1 группа	2 группа	3 группа
--	----------	----------	----------

	ЗНД*	Высокий	ЗНД*	Высокий	ЗНД*	Высокий
Уровень невротизации	43,3%	26,7%	20%	40%	6,7%	43,3%
Уровень психопатизации	30%	6,7%	30%	16,7%	13,3%	10%

*ЗНД – зона неопределенного диагноза

У пациентов первой группы обнаруживаются высокий уровень невротизации и психопатизации в 26,7% и у 6,7% случаев соответственно. У 16,7% представителей 2-ой группы выявляется высокий уровень психопатизации, а у 40% - высокий уровень невротизации. В 3-й группе высокий уровень невротизации и психопатизации встречаются в 43,3% и 10% соответственно. Чаще высокий уровень невротизации выявляется у пациентов 3-й группы (43,3%), незначительно реже он отмечается у пациентов 2-ой группы (40%), а у представителей 1-й группы, высокий уровень невротизации обнаруживается в 26,6% случаев. Но следует отметить, что среди пациентов 1 группы 43,3% имеют уровень невротизации в зоне неопределенного диагноза. Высокий уровень психопатизации чаще наблюдается во 2 группе пациентов (16,7%), а реже - в 1 группе (6,7%).

Таким образом, проведенное исследование позволяет отметить, что существует тесная взаимосвязь между степенью тяжести сердечнососудистого заболевания (ИБС: острый инфаркт миокарда, ИБС: стенокардия, АГ) и психологическим самочувствием пациента. Пациенты с ИБС: ОИМ имеют самые низкие показатели самочувствия, активности и настроения, в отличие от больных с ИБС: стенокардия и АГ. Все больные с сердечнососудистыми заболеваниями имеют средний или высокий уровень тревожности, причем 66,7% - высокий уровень. Чаще высокий уровень тревожности обнаруживается у пациентов с АГ (73,6%). Для большинства кардиологических больных характерны эмотивный и застревающий типы акцентуаций. Наиболее высокий уровень невротизации и психопатизации выявлен у пациентов с АГ и ИБС: стенокардией.

Список литературы

1. Асмолов А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. — М.: ИЦ «Академия», 2002.
2. Белялов Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф.И.Белялов // Кардиология. - 2002. - № 8. - С. 63-65.
3. Бокарев И.Н. Коронарная ишемическая болезнь сердца: состояние проблемы и перспективы / И.Н.Бокарев // Клиническая медицина. 1997. - № 4. - С. 4-7.
4. Васильева О.С. Психология здоровья человека: Эталон, представления, установки. — М.: Академия, 2001.
5. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Личностная тревожность и ишемическая болезнь сердца / В.В. Гафаров и др. // Терапевтический архив. - 2005. - № 12. - С. 25-29.

6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983.

7. Кардиология: Руководство для врачей / Под ред. Р.Г. Органова, И.Г. Фоминой. - М.: Медицина, 2004.

8. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного.- Л.: Медицина, 1980.

8. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е.В. Караваева и др. - Томск: Б.И., 1995.

9. Лурия А.Р. и современная психология: (Сборник статей памяти А.Р. Лурия) / Под. ред. Е.Д. Хомской и др. - М.: Изд-во МГУ, 1982.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Смирнова С.В., Овчинникова И.В., Логинов Ю.А., Антышева Е.Н.

Ивановская государственная медицинская академия,
г. Иваново, Россия

Психологическая структура каждого человека уникальна и имеет свои сильные и слабые стороны. Слабые стороны обнаруживают себя, когда человек попадает в трудную жизненную ситуацию. Трудные жизненные ситуации у каждого свои, имеют тенденцию время от времени повторяться до тех пор, пока человек сам не решит перестать переживать одну и ту же периодически повторяющуюся проблему и он начинает действовать – работать над собой или обращается за помощью к специалисту. Любой межличностный контакт включает в себя взаимное психологическое воздействие.

При составлении психологических программ профилактики с учетом поставленных задач необходимо, чтобы каждая из них была наиболее эффективной, для этого следует исходить из представлений человека о самом себе, о собственной психологической природе. Под психологической помощью понимается предоставление другому человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления тех или иных психологических феноменов. Необходимо целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, и реконструкции личности, для формирования фрустрационной толерантности, стрессоустойчивости и невротозоустойчивости (В.Д. Менделевич, 1998).

Проведенные исследования детерминант криминальной агрессии определили приоритетные направления при составлении комплексной программы психологической профилактики агрессивных форм поведения в молодежной среде, которая должна включать все необходимые направления работы:

1. Социально-психологическое направление, которое определяет высокий риск агрессивного поведения в молодежной среде. Сюда относятся группы «социального риска», в основе которого лежит нарушение ранней социализации, причиной которой является социальное сиротство, хроническая психогенная ситуация с семейной жестокостью, стойкая внутрисемейная конфликтность, неполная семья, алкоголизация родителей, судимость отца, воспитание по типу гипоопеки или противоречивой направленности родительских установок. В контрольной группе преобладает общение с лицами, ранее привлекаемыми к уголовной ответственности, либо состоящими на учете в милиции, большинство негативно относятся к учебе, у них отсутствуют устойчивые позитивные увлечения, что приводит к личностной деформации, формированию делинквентности и криминальной активности.

Разработка социально-психологической помощи лицам с нарушениями поведения является социально значимой в связи с широкой распространенностью явлений семейной и социальной дезадаптации в детско-подростковой среде, а также тяжестью ее последствий в виде безнадзорности и повышенной криминальной активности. Работа должна осуществляться на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, школьных психологов, родителей, общественности.

2. Индивидуальная и групповая работа должна быть направлена на формирование адекватной самооценки, ответственности, самостоятельности, обучение конструктивным навыкам коммуникации, толерантности и асертивности. Она должна быть обращена к механизмам психологической защиты, повышения форм позитивной личностной активности, к различным формам социально-психологической поддержки и направлена на формирование навыков разрешений конфликтов неагрессивным путем. Эти задачи не могут быть решены средствами краткосрочной психокоррекционной и реабилитационной помощи, так как речь идет об изменении достаточно фиксированных личностных структур. Они также не могут быть решены без выведения личности с устойчивыми асоциальными формами поведения из среды, которая поддерживает у него асоциальные механизмы реагирования.

Учитывая наибольшую эффективность первичной профилактики, необходим системный и комплексный подход в разработке современных программ по предупреждению криминальной агрессии в молодежной среде. Мы полагаем, что система профилактики агрессивного поведения должна начинаться гораздо раньше подросткового возраста, когда она заявляет о себе со всей остротой. В широком смысле она является составной частью воспитания полноценно функционирующей личности. В более узком смысле профилактика должна быть направлена на формирование в первую очередь таких качеств личности, как самостоятельность, самостоятельность, креативность, стрессоустойчивость.

Психолого-педагогическая помощь представляет собой совокупность социально-профилактических, психокоррекционных и реабилитаци-

онных мер. Она была обращена к механизмам психологической защиты, повышения форм позитивной личностной активности, к различным формам социально-психологической поддержки, направлена на формирование навыков разрешений конфликтов неагрессивным путем, на расширение адаптивных возможностей молодых людей и вторичную переработку диссоциальных личностных установок.

Выделенное социально-психологическое направление представляют единую технологическую цепь при составлении комплексных программ профилактики агрессивного поведения и организации психолого-педагогической и социальной помощи, которая осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, школьных психологов, психиатров с психотерапевтической направленностью в своей работе и социальных работников. Личностно-ориентированный комплексный подход позволяет подойти к решению этой проблемы.

Исходя из вышеизложенного, нами были разработаны следующие стратегии программы.

1. Многофакторность воздействия (воздействие на целый ряд факторов личности и среды).

2. Включение в программу представителей социальных сетей – учителей, актив школы и родителей, увеличив их мотивацию в проведении программы.

3. Использование разнообразных форм проведения программы. Основная форма – работа с группами с использованием эффектов группового взаимодействия и развития внутригрупповых процессов. Обязательное использование индивидуальной и семейной форм работы, а также самостоятельной работы в форме выполнения домашних заданий.

4. Использование разнообразных методов работы: семинары, тренинги, дискуссии, мозговые штурмы, беседы, лекции, ролевые игры, психогимнастика, психодрама, круглые столы и др.

5. Формирование в процессе работы с группами лидеров-сверстников, которые в будущем смогли бы выполнять социально-поддерживающие и обучающие функции.

6. Формирование в процессе работы групп лидеров-родителей, которые в будущем смогли бы выполнять социально-поддерживающие и обучающие функции, а также организовать новые родительские группы для участия в программе.

7. Добровольность участия в программе и конфиденциальность сведений об ее участниках.

Профилактические стратегии:

1. Аффективное обучение: повышение самооценки, определение значимых ценностей, навыки принятия решений, распознавание и выражение эмоций;

2. Социально-психологический тренинг: тренинг устойчивости к социальному давлению, коррекция нормативных ожиданий, навыки про-

блемно-разрешающего поведения, стресс и пути его преодоления, «прививки» против воздействия средств массовой информации;

3. Формирование жизненных навыков: социальная устойчивость, личностные навыки, эффективные коммуникативные стратегии.

4. Когнитивное развитие – обучение: навыкам восприятия информации, оценке социальной ситуации и принятию ответственности за собственное поведение, навыкам принятия решения и преодоления жизненных проблем, навыкам отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства, навыкам бесконфликтного и эффективного общения и другим когнитивно–поведенческим навыкам в социально-психологическом тренинге.

5. Развитие личностных ресурсов:

Я-концепции (самооценки), собственной системы ценностей, целей и установок, самостоятельного выбора, сопереживание, умение оказывать психологическую и социальную поддержку, формирование самопринятия, позитивного отношения к себе, способности адекватно управлять собой, изменять себя.

Тренинги – это одна из наиболее эффективных форм проведения занятий для саморазвития личности. Это форма социально организованного общения, в ходе которого решаются вопросы развития личности, формирования коммуникативных навыков, оказания психологической помощи и поддержки, а также позволяет снимать стереотипы и решать личностные проблемы участников. Тренинговые занятия позволяют тренеру (психологу, психотерапевту) глубоко и всесторонне изучить участников, понять особенности личности каждого из них, повлиять на взаимоотношения, мировоззрение.

Наиболее распространен социально-психологический тренинг – это психологическое воздействие, основанное на активных методах групповой работы. Задача группы социально- психологического тренинга – помочь участнику выразить себя своими индивидуальными средствами. А для этого сначала необходимо научиться воспринимать и понимать себя.

Социально-психологический тренинг может состоять из отдельных, но взаимосвязанных между собой тренингов, например, тренинга личностного роста, тренинга коммуникативных навыков, тренинга лидерских качеств. Так, тренинг личностного роста позволяет участнику поглубже понять себя как индивидуальность, принять себя таким, какой ты есть со всеми своими достоинствами и недостатками, тем самым, получая возможность двигаться вперед. Далее следует тренинг коммуникативных навыков (развитие навыков эффективного общения). После этих занятий предлагается поработать над развитием лидерских качеств. Этот тренинг более жесткий, требующий больших усилий со стороны участников. Здесь необходимо четкое понимание понятий «менеджер» и «лидер», «Я-концепции» лидера.

Обучающий курс имеет выраженную структуру, но каждое занятие достаточно гибко в процессе своей реализации. В зависимости от возраст-

ного состава группы, эмоционального и физического состояния, занятие может быть либо более информационным (теоретическим), либо более практическим (отработка навыков через работу в парах, сталкинг и пр.).

Список литературы

1. Арнхейм Р. Новые очерки по психологии искусства. - М., 1994.
2. Выгодский Л.С. Психология искусства. - М.: Педагогика, 1987.
3. Возрастные кризисы. Ступени личностного роста. - СПб., 1999.
4. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. - СПб.: Свет, 1997.
5. Джемс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. - М.: Прогресс, 1993.
6. Зимбардо Ф. Застенчивость. - М.: Педагогика, 1991.
7. Игры для интенсивного обучения / Под ред. В.В. Петрусинского.- М.: Прометей, 1991.
8. Игры - обучение, тренинг, досуг / Под ред. В.В. Петрусинского.-М.,1994.
9. Корнелиус Х., Фэйр Ш. Выиграть может каждый. - М., 1992.

ЦЕЛИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ДОСТИЖЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Солодухина Д.П., Котов Е.М.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Целостная система личности состоит из конечных элементов или психических свойств, которые выражают отношение человека к определенной стороне действительности. Они характеризуют реакции человека на происходящие события и существующую реальность, такие как активное побуждение, сознательное направление действий и поступков, избирательность в отражении внешнего мира. Отношения личности определяют цели и задачи, которые ставит перед собой человек, и для осуществления которых необходимо применение определенных способов и приемов действий [1, с. 60].

В ситуации болезни и на разных ее этапах, например, по мере перехода состояния из острого в хроническое, вся система отношений человека трансформируется, переживая наиболее яркие катаклизмы в период повторных обострений хронического заболевания [2, с. 2].

В психологии употребляются различные термины, характеризующее состояние и структуру внутреннего мира больного человека: «внутренняя картина болезни», «отношение к болезни», «знание болезни», «осознание личностью болезни», «переживания, связанные с болезнью», «понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование», «установка больного», «эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью», «психосоциальная реакция на болезнь» и другие [1, с. 65; 4, с. 353].

Психологический анализ предполагает три компонента отношения к болезни: эмоциональный, поведенческий и когнитивный. Эмоциональная составляющая отражает эмоциональные переживания, связанные с болезнью; мотивационно-поведенческий компонент подразумевает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие «роли» больного, активная борьба с болезнью, игнорирование заболевания, пессимистические установки и пр.), а также реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней; когнитивный компонент отражает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на предполагаемый прогноз больного [3, с. 17].

С позиции социологии медицины важно знать установки людей с хронической патологией на течение болезни, нацеленность на желаемый результат, который пациент может достичь при определенных условиях: получении квалифицированной медицинской помощи, соблюдении рекомендаций врача, благоприятном течении болезни, поддержке близких. Несмотря на то, что субъективное восприятие больным ближайшего исхода болезни не всегда будет соответствовать реальности, данные установки могут отражать самочувствие пациентов, социальные и психологические проблемы на определенный момент времени, являться результатом недостаточной обеспеченности пациента медицинской или социальной помощью. Эта информация должна учитываться профессионалами для оптимизации медико-социального обслуживания данной категории лиц.

Цель исследования – выявить психологические установки в достижении результатов лечения у различных категорий больных с хронической соматической патологией для того, чтобы в более полной мере удовлетворить их потребности в медицинской и социальной помощи.

Методика исследования – анкетный опрос. Инструментом исследования пациентов являлась стандартизированная анкета, которая предварительно была апробирована в аналогичных малых выборках. Анкетирование проходило с участием участковых медицинских сестер и социальных работников. Информация была предоставлена респондентами добровольно и видится нам достоверной. Обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы SPSS (статистический пакет для социальных наук), версия 13.0 для MicrosoftWindows.

Нами были проанализированы результаты социологического исследования двух выборок респондентов:

1. Больные, находящиеся на диспансерном учете у участковых врачей в поликлинике Льговской центральной районной больницы Курской области. Было проанкетировано 255 человек, от 24 до 90 лет (средний возраст 62,92 года, стандартное отклонение – 11,9 лет), из которых 75,3% – женщины, 24,7% – мужчины. По возрасту было следующее распределение выборки: 10,2% – респонденты до 45 лет, 14,1% – 45-59 лет, 62,4% составили лица 60-74 лет, 13,3% – 75-летние и старше. Большинство имели среднее или средне-специальное образование (68,2%), состояли в браке (56,5%), имели детей (92,9%). Более половины пациентов на момент ис-

следования не работали (66,5%), но в жизни занимались преимущественно физическим трудом (53,3%). У 40,4% выборки было зарегистрировано одно хроническое заболевание, у 37,6% – две хронических патологии, 22% страдали тремя и более хроническими состояниями. Материальное положение у большинства опрошенных было невысокое: только 13,7% респондентов назвали его отличным или хорошим, а почти треть (29%) признали его плохим. Немногие (23,5%) продекларировали свои хорошие жилищные условия, чуть больше половины (59,2%) – полноценное сбалансированное питание.

2. Больные с хронической патологией, получающие социальную помощь на дому на базе областного государственного учреждения социального обслуживания «Участие» города Курска (n=200). Было проанкетировано 200 человек, от 40 до 91 года (средний возраст 77 лет, стандартное отклонение – 9,5 лет), из которых 75,5% – женщины, 24,5% – мужчины. По возрасту было следующее распределение выборки: 6% – респонденты до 60 лет, 26% – 60-74 лет, 47% составили лица 75-84 лет, 21% – 85-летние и старше. Большинство имели среднее или средне-специальное образование (57,5%), являлись вдовами / вдовцами (61,5%), проживали одни, но имели детей (70%). Материальное положение более чем у половины опрошенных невысокое: только треть назвали его отличным или хорошим. У 13,5% зарегистрированы плохие и у 37,5% – удовлетворительные жилищные условия. Большинство исследуемых лиц страдали полиморбидными состояниями: 52,5% имели 2-3 хронических заболевания, 31% – 4 и более, и только 16,5% опрошенных считали, что у них одно хроническое заболевание.

Результаты исследования.

По социальному статусу исследуемые группы идентичны – преобладали женщины, со средним и средне-специальным образованием, достаточно низким материальным положением.

В таблице представлены результаты исследования психологических установок хронических больных в течение болезни в исследуемых группах.

Таблица 1

Цели хронических пациентов в достижении результатов лечения

Цель	Пациенты, получающие социальную помощь, в период ремиссии, Курск		Диспансерные больные в период обострения, г. Льгов	
	N	%	N	%
Выздороветь	26	13,0	97	38,0
Быть независимым от других	52	26,0	34	13,3
Быть активным	37	18,5	43	16,8
Не иметь боли и других серьезных жалоб	75	37,5	49	19,2

Выжить	10	5,0	32	12,5
Итого	200	100,0	255	100,0

Согласно данным таблицы, в период ремиссии приоритетным у больных с хронической патологией, получающих социальную помощь, является желание не иметь боли и других серьезных жалоб (37,5%). Большинство пациентов этой категории – люди преклонного возраста 75 лет и старше (65%), на момент исследования имели плохое (31,5%) или удовлетворительное самочувствие (57,5%), сочетанную патологию (83,5%), часто сопряженное с одиночеством (у 70% больных). Эта группа больных ориентирована на улучшение своего состояния здоровья, главным образом, симптоматическим лечением, однако можно предположить, что многие из этих пациентов не получают регулярную терапию, а также внимание и контроль состояния здоровья со стороны своих участковых врачей. Пациенты, находящиеся под диспансерным наблюдением, будучи моложе лиц на домашнем социальном обслуживании в среднем почти на 10 лет, ставят себе основную цель «выздороветь» (38%), хотя имеют в виду под этим понятием то же самое, что и больные первой группы – уменьшить симптоматику заболевания и снять острые жалобы. Таким образом, в обеих выборках одинаковая доля лиц мотивирована улучшить свое самочувствие, однако диспансерные больные имеют более позитивный настрой на благополучный исход болезни.

Считаем, что желание пациента выздороветь зависит от интенсивности его лечения и частоты контакта с врачами и средним медицинским персоналом: у амбулаторных больных, находящихся на диспансерном наблюдении, оно значительно выше, чем у пациентов, находящихся на социальном обслуживании (38% против 13,0%).

У многих хронических больных, особенно старшего возраста, в связи с прогрессированием болезни появляются страхи получить инвалидность, быть зависимым от посторонней помощи, стать обузой для других членов семьи. Среди пациентов на домашнем социальном обслуживании 26% чувствуют ограничение своих возможностей и хотят, прежде всего, сохранить независимость. Эта цель актуальна только для 13,3% поликлинических больных с хроническими заболеваниями.

Обе группы респондентов с одинаковой частотой (16,8-18,5%, $p > 0,05$) упомянули настрой на активную жизнь вопреки болезням: пациенты хотят двигаться, общаться, помогать родным.

Наконец, выживание как цель, достигаемую лечением, ставят чаще для себя диспансерные хронические больные (12,5%) и реже – респонденты на домашнем социальном обслуживании (5%). Цель «выжить» у пациентов в значительной степени формируется лечащим врачом, информирующим больного об исходе заболевания и шансах на благоприятный прогноз. Диспансерные больные, постоянно находящиеся под наблюдением врача, достоверно чаще ($p < 0,05$) высказывают желание выжить по сравнению с теми, кто обращается за социальной помощью. Это обусловлено, скорее всего, более молодым возрастом и активной жиз-

ненной позицией этих пациентов. В то же время установка «выжить» может быть связана со страхом смерти у больного и восприятием ситуации как критической в связи с высокой запущенностью болезней.

Выводы.

1. Исследование психологических установок хронических больных, получающих амбулаторную медицинскую и социальную помощь, показало их значительную вариабельность, которая обусловлена различиями в возрасте, состоянии здоровья, мировоззрении, поддержке близких; экономическими и социальными факторами.

2. Большое влияние на эмоциональный статус больного оказывает психологический климат в конкретном лечебно-профилактическом учреждении. Многое зависит и от личности лечащего врача, общение с которым способствует формированию у пациента определенных установок в восприятии болезни.

Список литературы

1. Баженова М.И. Особенности интегральной индивидуальности хронических соматических больных и их связь с отношением к болезни: дис. ... канд. психол. наук. Пермь, 2007. - С. 259.

2. Манухина Н.М. Социальная дезадаптация пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. № 3. URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20030310> (дата обращения 15.08.2011).

3. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман [и др.]. - СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2005. - 31 с.

4. Ясперс К. Установка больного по отношению к собственной болезни [Электронный ресурс] // Ясперс К. Общая психопатология / пер. с нем. Л.О. Акопяна; под ред. В.Ф. Войцеха, О Ю. Бойцовой. - М.: Практика, 1997. - Гл. 7. URL: <http://www.practica.ru/Books/yaspers.htm> (дата обращения 1.09.2011).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РУКОВОДЯЩЕГО СОСТАВА МВД В СИТУАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Сомов А.В.

Волгоградская государственная академия физической культуры,
г. Волгоград, Россия

Несмотря на повышенный интерес к проблеме профессиональной реабилитации сотрудников милиции, а сейчас полиции, во многом обусловленный обострением социальных проблем в современном обществе и, как следствие, необходимостью повышения эффективности деятельности ОВД, она остается недостаточно изученной и объясненной, а особенно в части реабилитации руководящего состава. При очевидной актуальности

эта проблема в целом не имеет пока ни глубокой теоретической проработки, ни развернутого экспериментально-прикладного изучения, так как бытует мнение, раз я стал руководителем, то уж мне-то реабилитация и не нужна.

Вопросы, касающиеся взаимного влияния профессиональной деятельности и личностных особенностей специалиста и руководителя, всё-таки пытаются активно разрабатываться гуманитарными науками: социологией, психологией, педагогикой, акмеологией. В психологии существует ряд концепций профессионального становления личности (Э.Ф. Зеер, Е.А. Климов, А.К. Маркова, Ю.П. Поваренков, Л.Б. Шнейдер). Анализ отечественных психологических исследований показывает непрерывное увеличение интереса к изучению человека как субъекта труда. Однако в меньшей степени разрабатываются вопросы нарушений процесса профессионализации, появления негативных качеств личности под влиянием специфики конкретных профессий. Работы ряда исследователей, посвященные проблеме профессиональной деформации (А.П. Безносков, А.В. Буданов, В.А. Лазарева, В.С. Медведев, Б.Д. Новиков, Э.Э. Сыманюк и др.), оставляют открытыми вопросы о причинах ее возникновения, о соотношении рассматриваемого феномена с процессами профессиональной адаптации и социально-психологической дезадаптации в частности руководящего состав. Недостаточно разработаны инструментарий психодиагностики профессиональной деформации и способы ее психолого-педагогического преодоления.

В настоящее время только начинается теоретическое осмысление и практическая разработка модели психолого-педагогической реабилитации сотрудников и руководителей органов внутренних дел. Исследования психологов в этом направлении имеют фрагментарный характер, поэтому на основе анализа особенностей профессиональных ситуаций персонала полиции необходимо определить характер психолого-педагогической реабилитации этой категории служащих.

Для получения и анализа данных о сотруднике как субъекте профессиональной деятельности, о его личных переживаниях и представлениях в разных жизненных обстоятельствах применялся модифицированный тематический апперцептивный тест Г. Мюррея, который был направлен на восстановление предметно-профессиональных и социо-культурных контекстов жизнедеятельности конкретного человека, выявление особенностей отношения сотрудника полиции к различным аспектам своей профессиональной и личной жизни. Дополнительное значение имело использование методики «Личностный дифференциал» (вариант, адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева).

Систематизация Эвальда Фридриховича Зеера:

Общепрофессиональные деформации — деформации, типичные для работников данной профессии. Например, для работников правоохранительных органов — синдром «асоциальной перцепции» (когда каждый воспринимается как потенциальный нарушитель).

Специальные профессиональные деформации — деформации, возникающие в процессе специализации. Например, в юридических и правоохранительных профессиях: у следователя — правовая подозрительность; у оперативного работника — актуальная агрессивность; у адвоката — профессиональная изворотливость; у прокурора — обвинительность.

Профессионально-типологические деформации — деформации, обусловленные наложением индивидуально-психологических особенностей личности на психологическую структуру профессиональной деятельности. В результате — складываются профессионально и личностно обусловленные комплексы:

Деформации профессиональной направленности личности — искажение мотивов деятельности, перестройка ценностных ориентаций, пессимизм, скептическое отношение к нововведениям

Деформации, развивающиеся на основе каких-либо способностей (организаторских, коммуникативных, интеллектуальных и других) — комплекс превосходства, гипертрофированный уровень притязаний, нарциссизм.

Деформации, обусловленные чертами характера — ролевая экспансия, властолюбие, «должностная интервенция», доминантность, индифферентность.

Индивидуальные деформации — деформации, обусловленные особенностями работников самых разных профессий, когда отдельные профессионально важные качества, как впрочем, и нежелательные качества, чрезвычайно развиваются, что приводит к возникновению сверхкачеств, или акцентуаций (сверхответственность, трудовой фанатизм, профессиональный энтузиазм, и других) [1, 185–186].

В сфере профессиональных норм, определяющих цели осуществления правоохранительной деятельности установленного образца, наблюдается определенное рассогласование. С одной стороны, детальная правовая регламентация или «нормативный» характер деятельности сотрудника полиции определяет необходимость руководствоваться фиксированными и заранее предписанными правилами. С другой стороны, в конкретных трудовых ситуациях, где профессиональные нормы плохо конкретизированы для самых разных условий, на первый план выходят личностные качества персонала, его отношение к нормам трудовой этики. Пренебрежение универсальными нормами деятельности и профессиональной морали может приводить к профессиональной деформации личности сотрудника, а в нашем случае необходимо обратить внимание и на руководящий состав полиции.

Исследование особенностей полицейской (милицейской) службы позволило объединить множество проявлений профдеформации по следующим основаниям:

- конкретное снижение эффективности деятельности:
 - а) отклонение от норм деятельности: правовой нигилизм; склонность к злоупотреблению управленческой властью; неуважительное отношение к

подчинённым и требованиям служебной дисциплины; появление тенденции снять с себя ответственность за собственные решения и действия; подмена профессиональной деятельности «псевдодеятельностью» (или внешней атрибутикой деятельности); ну и как следствие должностные преступления и др.

б) отклонение от норм профессионально-управленческой этики: физическая и вербальная агрессия; неоправданное и демонстративное преувеличение собственной профессиональной роли; утрата верного представления о гражданском и нравственном смысле управленческо-профессиональной деятельности; гипертрофированное чувство корпоративности; тенденция рассматривать профессиональную деятельность как средство достижения сугубо личных, эгоистических и эгоцентрических целей, потребительство, и др.

- нарушение адекватного эмоционального реагирования: отсутствие естественных эмоций по отношению к подчинённому и преступнику (негодование, презрение и т.д.); склонность к эмоциональной ригидности, снижение способности к эмпатии, феномен «эмоционального выгорания», повышение уровня тревожности, конфликтности (внешней и внутренней) и др.

- наличие стереотипов восприятия, реагирования, отношения: профессионализация восприятия и оценки подчинённых; догматическое следование приказам и указаниям, в том числе и устным; стереотипы – «начальник должен быть жестким», «начальник всегда прав», стереотип «чувствую, что меня хотят обмануть», стереотип «нахождения виновного» или применения санкции наказания и др.

- нарушение структуры управленческо-коммуникативной компетентности: использование в речи «блатного» жаргона, речевых штампов, слов и выражений ненормативной лексики; сужение и избегание коммуникативных связей; дефицит внеслужебного общения; утрата внеслужебных интересов и др.

- нарушение процесса самореализации: неудовлетворенность своей профессиональной ролью; снижение самооценки возможностей; утрата способности к самостоятельному профессиональному развитию; сужение потребностей в интеллектуальном, духовном и культурном росте; фаталистичность в восприятии жизненных событий; потеря моральных ориентиров и др.

Ядром профессиональных отношений руководящего персонала полиции (милиции) по нашему мнению являются три варианта отношения: к другому человеку как к предмету профессиональной деятельности, к закону, и к себе как субъекту профессиональной деятельности.

Негативные изменения значимых отношений сотрудника милиции будут свидетельствовать о наличии профессиональной деформации.

В качестве критериев профессиональной деформации сотрудника милиции можно выделить следующие:

1) особенности отношения к человеку как к предмету профессиональной деятельности (субъект-объектное отношение к подчинённому (другому));

2) произвольно-субъективная интерпретация нормопослушного поведения и нормативной регламентации служебной деятельности;

3) изменения в образе «Я» сотрудника (неадекватность самооценки; конфликт структур «Я-реальное» и «Я-идеальное»).

Следующие критерии охватывают проявления профессиональных деформаций на границе областей профессиональной и личной жизни сотрудника:

а) профессиональное огрубление личности (ригидность и стереотипность);

б) перенос компонентов профессиональной деятельности в другие сферы личной жизни;

в) нарушение процесса самореализации.

Для системы МВД в целом – большинством количеством более 76% ее высоко оцениваемая сотрудниками стабильность, возможность получения образования и профессионального роста. Важным моментом является в целом высокая удовлетворенность эмоционально-психологическими отношениями в коллективах, позитивные отношения с руководством.

В ряде исследований, которые проводились нами ранее проводилось анкетирование с руководящим персоналом имеющих стаж до 5-7 лет службы, 10-12 лет службы, более 20 лет службы. Более того, можно сделать обоснованное предположение, что временной границей, за которой не только может начинаться профессиональная деформация, но в рамках, которой в целом решается вопрос о дальнейшей службе управленческий персонал в органах внутренних дел, сейчас является уменьшение на 2-3 года службы. Наше исследование показало, что границы успешной выслуги второй из указанных групп сместились до 3-4 лет службы.

Задачи «реабилитационной программы»:

обеспечить более комфортными отношениями в эмоционально-психологической сфере в коллективах ОВД;

профилактика и лечение профессиональных заболеваний, сопутствующих резким перепадам веса тела после стрессовых ситуаций;

коррекция телесных изменений в период снижения веса, по средствам комплексов ЛФК;

улучшение кровотока и лимфотока;

формирование эмоционально-психологического тонуса по использованию терминга «Ключ», что сделает Вас спокойнее и увереннее;

эстетическое совершенствование в период активного похудения и после достижения результата.

Кроме того, необходимо по нашему мнению продолжить развитие центров медико-психологической реабилитации сотрудников МВД, где психологи совместно с медицинским персоналом проводят комплекс ме-

роприятий по восстановлению психосоматического здоровья и профессиональной работоспособности личного состава, используя комплексы ЛФК.

Таким образом, психологическая реабилитация руководящего состава МВД в различных ситуациях профессиональной деформации вплотную связана с психологической службой МВД России, которая выполняя ответственные задачи управленческо-психологического отбора, сопровождения и реабилитации личного состава, находится в данный момент на стадии динамического развития. Важными направлениями деятельности практических психологов ОВД являются: профессионально психологическая подготовка личного состава, проведение психопрофилактических мероприятий, профилактика самоубийств и девиантного поведения сотрудников и руководящего персонала.

Список литературы

1. Зеер Ф.Э. Психология профессиональных деструкций / Ф.Э. Зеер М., 2005. – С. 185–186.
2. Профессиональная деформация личности // С.П. Безносков СПб.: Речь, 2004. - С. 272.

ЖИЗНЕННЫЕ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ

Степанов Н.С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Социологи Л.Г. Ионин, В.А. Ядов и др. связывают жизненные затруднения с утратой идентификации на индивидуальном, групповом и социальном уровнях, когда мир для человека и человек для самого себя перестает быть прозрачным, понятным, знакомым. С феноменологической точки зрения утрата идентификации проявляется в потери способности вести себя так, чтобы реакции внешнего мира соответствовали намерениям и ожиданиям человека. Человеку кажется, что мир перестает реагировать на его действия адекватным образом и человек как бы перестает отражаться в зеркале социального мира. Он становится неузнаваемым для самого себя, перестает знать самого себя. Как показывает Г. Гарфинкел, такое состояние порождает чувство неуверенности и тревожности, психосоматические синдромы, острые депрессии и психозы.

Утрата идентификации вызывает затруднения по причине несоответствия поведения нормативным требованиям социальной среды, основных социальных институтов (семьи, государства, образования, экономики и др.). Поэтому разрушение или резкое содержательное изменение институтов вызывает массовую утрату идентификации, значимую в масштабах всего общества.

Л.Г. Ионин считает, что решающим признаком затруднений идентификации является утрата биографии. Индивидуальная человеческая био-

графия характеризуется, с формальной точки зрения, соотношением прошлого и будущего, или, если говорить конкретнее, соотношением пройденного пути и перспективных жизненных планов. В этом смысле резкие институциональные изменения, разрушающие жизненные планы, либо требующие их быстрого и кардинального пересмотра, ведут, как правило, к разрушению биографий и затруднениям (См.: Л.Г. Ионин Идентификация и инсценировка (к теории социокультурных изменений) // Социс, 1995, № 4).

В условиях современного кризиса общественной жизни человек не только дезориентируется в повседневной жизни, но и утрачивает свою значимость в системе социальных институтов, обнаруживая негативные симптомы расщепления сознания, отчужденности, одиночества, неуверенности в завтрашнем дне и постоянного ощущения заброшенности под действием социальных процессов, угрожающих его жизнедеятельности.

В результате девальвации жизненных устоев человек постепенно утрачивает свою индивидуальность, становится беспомощным, внутренне опустошенным, духовно подавленным и психически неустойчивым. Рост эмоциональной нагрузки на человека вызывает к жизни новые, порой неадекватные, формы самооценки и смысла собственного поведения.

Переживание человеком смысла и целей своей жизни - одно из сильнейших чувств, пронизывающих все его бытие. Отсутствие ясных целей делает жизнь бессмысленной и неуправляемой. И.П. Павлов утверждал, что жизнь перестает привязываться к себе, как только исчезает цель. Потребность найти смысл, цель в жизни трансформируется в потребность быть ответственным за события как настоящего, так и будущего. Чем больше человек верит, что все в жизни зависит от его собственных усилий и способностей, тем в большей мере находит в жизни смысл и цели.

Изучение больных, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, выявило, что негативная оценка перспективы и потеря способности управлять своими делами в жизни привели их к роковому решению. Крамбо, сопоставляя уровень осознания смысла жизни у здоровых и психически больных, выявил, что невротики, шизофреники и алкоголики осознавали смысл своей жизни в значительно меньшей мере, нежели здоровые люди. Это подтверждает точку зрения Г. Селье: для сохранения душевного равновесия человеку нужна какая-то цель в жизни, которую он считает высокой, и гордость, что он трудится ради ее осуществления. Основываются эти выводы и на концепции Франкла, главный тезис которой в том, что если человек не находит смысла в жизни, то он будет испытывать экзистенциальную фрустрацию. Неспособность управлять своими делами часто вызывает невротические синдромы, чувство подавленности и обеспокоенности, снижает общую удовлетворенность жизнью. Категория цели является логической сердцевиной смысла жизни. Это не только устремленность к целевому пониманию индивидуальной жизни. С точки зрения практики, как праксеологический феномен - это способ целевой организации жизнедеятельности.

Жизненные затруднения связаны с экзистенциальными возможностями. Они формируют и обосновывают глубинные тревоги и заботы, создают тот фундамент, на котором покоятся сугубо личные переживания ожиданий, надежд и важнейших ценностей социального мира. Не случайно, появление жизненных затруднений известный американский социолог Чарльз Райт Миллс связывает с чередой «ловушек» в частной жизни. По его мнению, люди чувствуют, что в повседневной жизни они не в состоянии справиться со своими бедами. Все, о чем человек знает, берется из непосредственного опыта, а что приходится делать, находится в пределах частной жизни. Поэтому его представления и возможности ограничены узкими рамками работы, семьи, соседского окружения, за пределами которых действуют другие люди, а сам он остается простым зрителем. Но чем сильнее чувствуется, пусть даже смутно, приближение внешней угрозы со стороны чьих-то честолюбивых замыслов, тем сильнее становится ощущение западни.

Справедливо замечание Ч. Миллса, что люди обычно не объясняют переживаемые ими трудности историческими событиями или институциональными противоречиями. Они не связывают личное благополучие с подъемами и кризисами в обществе по ряду причин:

— простые люди обычно не знают, что от этой связи зависит и то, какими они станут завтра, и то, как будет делаться история, в которую они могли бы внести свою лепту;

— большинство не обладает теми качествами ума, которые необходимы для осмысления взаимосвязей между человеком и обществом, между биографией и историей, между отдельной личностью и целым миром;

— люди не могут, стараясь улаживать свои личные неурядицы, контролировать стоящие за ними социальные трансформации;

— обретение новых форм жизненных связей и отношений опережает способность человека ориентироваться в мире в соответствии с подлинными ценностями, что вызывает чувство беспомощности, если он оказался перед необходимостью непосредственно иметь дело с более широкими социальными контекстами;

— стремление к сокращению своей индивидуальности (на фоне непонимания смысла переживаемой эпохи и ее влияния на их собственную жизнь) формирует моральную бесчувственность, замкнутость в своей частной жизни и чувство безысходности.

Дезадаптирующее изменение в социальной среде ведет к изменениям ожиданий индивида в отношении себя и значимых окружающих лиц. Субъект оценивает эти изменения как утрату, то есть как депривацию личностной сферы.

Список литературы

1. Степашов Н.С. Феномен жизненных затруднений / Н.С. Степашов - Курск: КГМУ, 2002 (Положительная рецензия в журнале «Социология медицины»).

2. Степашов Н.С. Антропологический анализ жизненных затруднений в практике социальной работы // Учёные записки Российского государственного социального университета, № 2 (65), 2009.

3. Степашов Н.С. Жизненные затруднения как феномен человеческой субъективности в культуре социума // Этносоциум и межнациональная культура, № 13, 2008.

УЧАСТИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В ОРГАНИЗАЦИИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

Строева А.А.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ,
г. Курск, Россия

Многие специалисты отмечают кризисные явления семьи и семейного воспитания на современном этапе общественного развития. Типичные ошибки семейного воспитания перестают быть редкостью. Специалисты помогающих профессий, в том числе социальный педагог, направляют все больше усилий для преодоления этой негативной тенденции. Участие социального педагога в подготовке молодежи к сознательному родительству, формировании педагогических знаний у будущих родителей, помощь в приобретении ими опыта создания педагогически целесообразных отношений с ребенком является одним из путей решения возникшей проблемы.

Одно из наиболее полных определений семьи в отечественной науке принадлежит А.Г. Харчеву. В своей работе он пишет, что семья – это исторически конкретная система взаимоотношений между супругами, между родителями и детьми, малая социальная группа, члены которой связаны брачными, родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью и социальной необходимостью, которая обусловлена потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения [8, с. 75].

Семья является одним из наиболее древних социальных институтов. Исследователи обычно выделяют 6–7 функций семьи. Причем, как отмечает Л.Б. Шнейдер, западные специалисты больше внимания уделяют описанию функций духовного общения в семье, а представители научного мира Восточной Европы больше сосредоточены на проблемах семейного быта [7]. Ряд ученых, например А.Г. Харчев, А.И. Антонов, предлагают разделять функции семьи на специфические – вытекающие из сущности семьи (репродуктивная, социализации и воспитания детей), и неспецифические, которые навязаны семье конкретно-историческими условиями. Однако все специалисты сходятся во мнении, что ведущей для семьи выступает функция воспитания детей и подготовки их к жизни и деятельности. Но при этом те функции, которые возложены на семью обществом могут реализовываться ею при условии общественной поддержки через участие различных социальных институтов. Как только общество оказывается бессиль-

ным организовывать нормальное функционирование семьи, а его действия по социальной поддержке нуждающихся семей обретают нерегулярный характер, оно само вскоре оказывается на грани распада либо в состоянии сильнейшей деградации.

Перемены, произошедшие в нашей стране за последние два десятилетия, привели к глубоким качественным изменениям в массовом сознании российского общества, которые затронули его рациональные, волевые и психоэмоциональные компоненты [2, с. 355]. А поскольку семья является консервативной социальной структурой, произошедшие резкие перемены в общественном устройстве очень сильно сказались на семье, а по некоторым оценкам даже дезориентировали институт семьи. Следствием этих общественных перемен стали такие неблагоприятные явления как снижение рождаемости, увеличение числа неполных семей, рост разводов. На сегодняшний день можно говорить о возникновении тенденций, несущих разрушительный характер для семьи как социального института. Среди них можно выделить следующие: пренебрежительное отношение к браку; ослабления потребности в детях; отсутствие авторитета мужчин в глазах женщины; эмансипация детей от родителей, супругов от их родительского окружения; стремление к изоляции семьи от всего остального мира; предпочтению материального начала в семье морально-нравственному; уход от решения жизненных проблем в замещающие виды деятельности; ранние сексуальные связи у молодёжи; отрицание молодыми поколениями ценностей родителей и прародителей; «плавающее» лидерство в семье. Можно сказать, что в результате изменения общественно-экономической формации институт семьи был вынужден трансформироваться из полуфеодального (социализм сохранял патриархальные условия) в постсовременное состояние [3, с. 166 – 168].

В результате произошедших изменений в российском обществе сформировалась и новая система ценностей. Причем ряд специалистов, например Л.Т. Шинелева, многие ценности переходного периода называют сомнительными. К ним относят такие как мода, косметология, кулинария, астрология, сексология, светская жизнь, сексуальная психология и ряд других [6, с. 72.]. Практически полностью отсутствуют ценности культуры, да и спрос на них весьма невысок. Поэтому на сегодняшний день одной из приоритетных задач специалистов социальной является продвижение в массы и отдельно в институт семьи общепринятых современных ценностей. Среди них: уважение к человеческой личности; уважение к законам своей страны и семейным правилам и нормам; право на социальную и правовую защищённость в государстве [1]. К тому же в современной России созданы для этого все условия.

В последнем десятилетии XX века в нашей стране активно стали развиваться социальные профессии, в частности специальность социального педагога. Столь длительное отсутствие такой важной профессии в нашей стране можно объяснить тем, что советское государство считалось социально ориентированным и в нем по определению не могло быть соци-

альных проблем. В данный момент профессия находится на этапе становления.

Одним из центральных направлений в деятельности социального педагога является помощь семье и детям. А современная семья, как показано выше, безусловно, нуждается в помощи.

Семья является базисной основой первичной социализации личности. Именно в семье начинается процесс усвоения ребенком общественных норм и культурных ценностей. Исследования показывают, что влияние семьи на ребенка сильнее, чем влияние школы, улицы, средств массовой информации. Следовательно, от социального климата в современной семье, духовного и физического становления в ней детей в наибольшей степени зависит успешность процессов развития и социализации ребенка [5]. Помощь семье оказывают многие специалисты социальной сферы – психологи, социальные работники, социальные педагоги.

По оценкам многих исследователей институт семьи утратил способность к правильному воспитанию детей, а это основная его функция. Поэтому перед социальным педагогом стоит непростая задача помочь семье обрести уверенность, выбрать правильный курс и рациональный способ реализации своих воспитательных воздействий.

Некоторую сложность в решение первоочередной задачи социально-педагогической помощи семье вносит сложность толкования объекта социальной педагогики. Можно говорить о двух исторически сложившихся направлениях. Представители первого очерчивают объект социальной педагогики максимально широко – это способы и средства регуляции процессов социализации, социального воспитания. Сторонники второго толкуют объект социальной педагогики в узком смысле – это ситуации риска, проблемы нарушения социализации тех, кто нуждается в помощи [4, с. 265.]. Сторонники первого преобладают среди теоретиков социальной педагогики, а среди практических работников большей популярностью пользуется второй подход.

Надо отметить, что и профессиональная подготовка социальных педагогов в большей степени ориентирована на второй подход. В учебном плане специальности преобладают дисциплины и вопросы, ориентированные на подготовку будущих специалистов к работе с социальным неблагополучием. В то же время в обществе нарушение процесса семейного воспитания не воспринимается как индикатор этого неблагополучия. Внимание обращают уже на результат – на различные девиации в поведении детей, психологические проблемы и т.п. Хотя, пользуясь медицинской терминологией, предотвратить легче, чем лечить. Эта же формула должна применяться и в социально-педагогической работе. В последние годы в социальной работе произошел резкий поворот к семье, что соответствует ориентации социальной педагогики на человека и среду его обитания.

Для успешной реализации функции помощи современной семье социальный педагог должен обладать разветвленной системой знаний в области семейной психологии и педагогики. Однако объем часов по данным

дисциплинам явно недостаточен, а некоторые вопросы вообще не рассматриваются (в частности процесс воспитания ребенка в нормальной семье). Именно поэтому для освещения мало представленных в учебном плане вопросов в учебном процессе высших учебных заведений можно и нужно использовать такие формы как студенческий кружок. Естественно, что не всех студентов можно будет вовлечь в данную форму работы, да это и не нужно. Решение об участии должно быть добровольным, т.е. придут наиболее заинтересованные, мотивированные на работу с семьей кадры.

Среди первоочередных задач в работе социального педагога с семьей можно назвать следующие: установление контактов с семьей; выявление проблем и трудностей в семье; стимулирование семьи и отдельных ее членов к участию в совместной деятельности; оказание посреднических услуг в установлении связей со специалистами; обеспечение общественного признания и общественной поддержки семьям, которые хорошо воспитывают своих детей; использование индивидуальных методик работы с семьями, нуждающимися в особой помощи (семьям из «группы риска», многодетным и неполным и др.) и другие. Именно на них можно ориентироваться, выбирая тематику занятий кружка. Целесообразно уделить время изучению тех вопросов, которые слабо представлены в рамках общей программы. Например, проблема подготовки молодежи к сознательному родительству и материнству, особенности общения с ребенком в семье и установление педагогически целесообразных взаимоотношений, влияние бабушек и дедушек на воспитание ребенка в семье, сиблинговые взаимоотношения, особенности полового воспитания ребенка в семье, воспитание ЗОЖ в семье, воспитание родителей и другое. Конечно, этот список не является исчерпывающим.

Но семья может являться не только мощным фактором развития и поддержки личности, но и источником психологических травм. Социальному педагогу необходимы знания по конфликтологии, причем особенно важным является умение выступить медиатором в семейном конфликте, знание особенностей разрешения конфликтов между разными членами семьи, и возможность обучить технике конструктивного выхода из конфликта саму семью.

Важной задачей является постоянное повышение воспитательного потенциала семьи. Воспитательный потенциал семьи – это ее способность реализовывать функцию воспитания, развития и социализации ребенка. Большинство исследователей связывает его с психологической атмосферой, системой межличностных отношений, характером отношения к людям и т.п.

Семья является исключительно важным социальным институтом. В ней происходит первичная социализация ребенка, осваиваются первые социальные роли, закладываются основные ценности жизни. Родители естественным образом оказывают влияние на детей (через механизмы подражания, идентификации, интериоризации образцов родительского поведения), семейное воспитание индивидуально и незаменимо, а его отсут-

ствие или изъяны трудно восполнимы в последующей жизни.

Таким образом, в работе с семьей существует широкое поле деятельности для приложения профессиональных знаний и умений социального педагога. Квалификация специалиста, работающего с семьей, должна быть чрезвычайно высока, а запас знаний в различных областях психолого-педагогических наук – максимально широк. На современном этапе в обществе наиболее распространена помогающая модель работы с семьями, т.е. к специалистам обращаются уже тогда, когда проблема назрела и становится очевидной. Однако, идя в ногу со временем, следует ориентироваться на профилактическую модель в работе с семьей, когда делается все возможное для профилактики тех или иных проблем.

Список литературы

1. Голод С.И. Будущая семья: какова она? Социально-нравственный аспект. – М., 1990.
2. Горшков М.К. Российское общество в условиях трансформации (социологический анализ). - М., 2000.
3. Карцева Л.В. Российская семья на рубеже двух веков. - Казань, 2001.
4. Слостенин В.А. Социальный педагог и социальный работник: Личность и профессия // Теория и практика социальной работы: Отечественный и зарубежный опыт. - М.; Тула, 1993. Т. 2.
5. Шакурова М.В. Методика и технология работы социального педагога. - М., 2004.
6. Шинелева Л.Т. Феминизация в системе социальной безопасности. В кн.: Женщины за социальную безопасность и устойчивое развитие. - М., 1997.
7. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии. - М., 2005.
8. Харчев А.Г. Брак и семья в СССР. - М., 1979.

ЗАВИСИМОСТЬ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТ ЕГО САМООЦЕНКИ И ХАРАКТЕРА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

На поведение человека большое влияние оказывают целый ряд факторов. Психологи и когнитивные психотерапевты считают рациональность обязательным условием эффективного существования человека, а иррациональную тенденцию избегать опыта болезненных переживаний, полученных в глубоком детстве, как препятствующую эффективному поведению [4]. Сторонники семейной психотерапии полагают, что на поведение огромное влияние оказывают те первичные межличностные систе-

мы, к которым люди принадлежат [1; 2; 5]. Такое мнение согласуется с бихевиоральными взглядами и идеями социального научения, когда подчеркивается важность непосредственного ситуативного влияния на личность, например, влияние подкрепляющих факторов. Клиент-центрированные психотерапевты самым важным фактором называют человеческую способность к изменению и творческому росту. В противовес рациональной психотерапии сторонники Милтона Эриксона, клиент-центрированной терапии, гештальт-терапии, семейной психотерапии придерживаются того мнения, что «нерациональная» сторона личности может быть источником глубоких творческих способностей [4]. В настоящее время практикующему психологу и психологу-исследователю трудно оценить удельный вес каждого из рассмотренных факторов. На наш взгляд, психология отношений В.Н. Мясищева и принцип формирования высших психических функций Л.С. Выготского позволяет выработать более интегрированный подход к исследованию стратегий поведения в контексте различных условий характера отношений, в которые включен ребенок; в частности, это касается стратегий поведения, способствующих здоровью или болезни детей младшего школьного возраста в условиях семейных оценочных отношений.

Ребенок с самого рождения попадает в пространство оценок, которое он получает в системе семейных отношений. Для формирования адекватных стратегий поведения необходимо пользоваться полным пространством оценок. У ребенка могут развиваться следующие оценочные отношения: прежде всего, оценивание родителями его поведения, оценивания самим ребенком поведения родителей, оценивание ребенком самого себя, оценивание родителями самих себя и друг друга.

Для ребенка полное пространство оценок как минимум будет содержать девять компонент: самооценки матери, отца, ребенка; оценивание матерью отца и отцом матери; оценивание матерью ребенка и ребенком матери, оценивание отцом ребенка и ребенком отца. Через усвоение полного пространства оценок ребенок учится распознавать качество родителей и свои собственные качества, что позволяет приобрести свободу в выборе стратегий собственного поведения. Если отец и мать имеют адекватную самооценку и способны адекватно и непротиворечиво оценивать друг друга и ребенка, то повышается вероятность развития у ребенка адекватной самооценки. Такая система отношений является для ребенка поддерживающей средой и создает условия для развития отношений доверия к себе, родителям и семье в целом, в связи с этим повышается вероятность развития стратегий поведения, способствующих здоровью. И наоборот, если родители имеют неадекватную самооценку, неадекватно противоречиво оценивают друг друга и ребенка, то такие оценочные отношения являются условием для развития стратегий поведения ребенка, способствующих болезни.

Таким образом, логика данных размышлений показывает высокую вероятность взаимосвязи характера семейных отношений, характера самооценки и соответствующих стратегий поведения.

Цель эмпирического исследования – выявление особенностей характера семейных отношений и самооценки детей и проявление стратегий тревожного и депрессивного поведения в группах здоровых, часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями.

На первом этапе было обследовано 65 детей учащихся первых классов СОШ №27 имени А. Дейнеки (из них 33 девочки и 33 мальчика), 120 человек воспитывающих детей (из них 63 мамы, 57 отцов). Среди обследованных детей 12,3% - воспитываются в неполных семьях, а 87,7% - в полных семьях. В ходе исследования с помощью методики Дембо-Рубинштейна были выявлены семьи с различным типом семейных отношений: гармоничный тип – характеризуется наличием адекватной самооценки у родителей и непротиворечивостью их оценочных отношений; среднегармоничный тип – характеризуется наличием адекватной самооценки только у одного родителя и непротиворечивостью их оценочных отношений; негармоничный тип – характеризуется наличием неадекватной самооценки у родителей и наличием противоречивости их оценочных отношений. Также в ходе анализа результатов исследования самооценки детей (модификация методики С.Г. Якобсон «Лесенка») [3] были выявлены типы самооценки: адекватная самооценка – характеризуется наличием критичности к себе, наличием психологической защиты и наличием дифференциации в отношении к значимым взрослым; инфантильный тип самооценки – характеризуется отсутствием критичности, наличием психологической защиты, отсутствием дифференциации в отношении к значимым взрослым; нарушенный тип самооценки – характеризуется наличием критичности к себе, отсутствием психологической защиты, наличием дифференциации в отношении к значимым взрослым; неадекватный тип самооценки – характеризуется отсутствием критичности к себе, отсутствием психологической защиты и отсутствием дифференциации в отношении к значимым взрослым.

В ходе анализа соотношения типов семейных оценочных отношений и типов самооенок детей было установлено наличие в семьях с гармоничным типом семейных отношений три типа самооенок детей (адекватная, инфантильная и нарушенная), в семьях со среднегармоничным типом семейных отношений присутствовали все типы самооенок детей, в семьях с негармоничным типом семейных отношений присутствовало три типа самооенок детей (адекватная, инфантильная, нарушенная). В семьях с негармоничным типом семейных отношений чаще встречаются нарушения в развитии самооценки детей и реже встречается адекватная самооценка. В семьях с негармоничным типом семейных отношений менее выражен такой показатель как наличие психологической защиты (безусловное принятие родителями ребенка). Также среди семей с негармоничным типом отношений чаще встречаются дети с наличием хронических заболеваний, чем в семьях со среднегармоничным типом отношений, в семьях с гармоничным типом семейных отношений не было выявлено детей с хроническими заболеваниями. Часто болеющие дети одинаково часто встречались

в семьях с различным типом семейных отношений. Здоровые дети чаще встречаются в семьях с гармоничным типом семейных отношений. При сравнении соотношения уровня здоровья детей и характера самооценки в группах полных и неполных семей было выявлено, что в неполных семьях практически не встречаются дети с адекватной самооценкой во всех группах детей (здоровые, частоболеющие дети, и дети с хроническими заболеваниями); в полных семьях в группах здоровых и частоболеющих детей присутствуют все типы самооценок; в группе детей с хроническими заболеваниями встречаются два типа самооценок (адекватная и инфантильная). Как мы видим, соотношение уровня здоровья и характера самооценки носит неоднозначный характер. Адекватность самооценки имеет тенденцию к увеличению в процентном соотношении от группы здоровых детей к часто болеющим и детям с хроническими заболеваниями (30%, 40%, 67%). Нарушенная самооценка (без психологической защиты чаще встречается в группах здоровых и часто болеющих детей и совсем отсутствует в группе детей с хроническими заболеваниями (40%, 15%, 0%). Неадекватная самооценка имеет тенденцию к снижению частоты встречаемости от группы здоровых детей, группы часто болеющих к группе детей с хроническими заболеваниями (10%, 5%, 0%). Инфантильная самооценка наиболее представлена в группе детей часто болеющих и в группе детей с хроническими заболеваниями, и меньше всего в группе здоровых детей (20%, 40%, 33%). Эти результаты можно объяснить следующим образом: возможно, болезнь выступает как корректирующий фактор, влияющий на процесс развития личности ребенка, в частности, характера его самооценки.

На втором этапе исследования было обследовано 40 детей 8-12 лет (из них 20 детей, страдающих функциональной диспепсией и 20 здоровых детей (без хронических заболеваний). С помощью опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 (авторы: Олсон, Портнер, Лави; адаптирован М. Перре) было выявлено три типа семейных систем (сбалансированные семейные системы, экстремальные семейные системы и средние семейные системы). С помощью методики Дембо-Рубинштейна были выявлены типы самооценок: адекватная самооценка, завышенная самооценка, неадекватно завышенная самооценка, заниженная самооценка. С помощью шкалы явной тревожности для детей CMAS были выявлены уровни тревожности: нормальный уровень тревожности, несколько повышенная тревожность, явно повышенная тревожность, очень высокая тревожность. С помощью шкалы Цунга у всех обследованных детей наблюдалось нормальное состояние.

В ходе сравнения групп здоровых и больных детей можно отметить следующие особенности: по опроснику «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES-3 для детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, характерен дисгармоничный тип семейных отношений, причем степень нарушения характера семейных отношений достоверно выше (критерий Mann-Whitney U Test ($p \leq 0,05$), чем в группе здоровых детей; в группе больных детей реже встречается сбалансированные и средние се-

мейные системы, но чаще встречаются экстремальные семейные системы. По шкале явной тревожности для детей (СМАС) получены статистически значимые различия в этих группах по уровню личностной тревожности (критерий Mann-Whitney U Test ($p \leq 0,05$): в первой группе больше детей с несколько повышенным и явно повышенным уровнями тревожности, чем во второй. По шкале Цунга у всех детей двух групп наблюдалось нормальное состояние, но в группе здоровых детей средние показатели депрессии ниже, чем в группе детей, больных функциональной диспепсией (критерий Mann-Whitney U Test ($p \leq 0,05$).

Эти результаты позволяют сделать следующие выводы:

- Наиболее благоприятной для развития личности ребенка и характера его самооценки является семья с гармоничным и среднегармоничным типом семейных оценочных отношений, неблагоприятной – является семья с негармоничным типом семейных оценочных отношений, здесь реже встречается адекватная самооценка у детей и чаще встречаются нарушения в развитии самооценки ребенка.

- В ходе эмпирического исследования подтвердилась гипотеза о взаимовлиянии характера самооценки детей, уровня их здоровья и типа семейных оценочных отношений, в которой они включены, характер этого взаимовлияния не всегда проявляется однозначно.

- Такие параметры, как характер семейных отношений, в частности их иерархичность, структурированность, адекватность самооценки ребенка младшего и среднего школьного возраста и уровень его тревожности имеют взаимное влияние друг на друга.

- Для детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, характерен дисгармоничный тип семейных отношений, причем степень нарушения характера семейных отношений достоверно выше, чем в группе здоровых детей 8-12 лет, что может свидетельствовать о зависимости между характером семейных отношений и функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

- В группе здоровых школьников 8-12 лет средний уровень депрессии ниже, чем в группе детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, однако в обоих случаях он не превышал норму. Разница уровней депрессии в этих группах является статистически достоверной, что может свидетельствовать о зависимости между депрессией и функциональной диспепсией.

- В группе детей 8-12 лет, страдающих функциональной диспепсией, больше респондентов имели повышенный уровень тревожности, чем в группе здоровых детей, что свидетельствует о том, что уровень тревожности влияет на возникновение функциональной диспепсии.

- Взаимовлияние характера самооценки и уровня здоровья детей носит сложный неоднозначный характер, которое в рамках данного исследования не представляется возможным четко сформулировать, но можно предположить, что состояние болезни может выступать в качестве есте-

ственного коррегирующего фактора процесса развития личности ребенка и в частности его самооценки.

Список литературы

1. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. – СПб., 2001.
2. Маданес К. Стратегическая семейная терапия. - М., 1991.
3. Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С. Опыт эмпирического исследования самооценки первоклассников во взаимосвязи с пространством семейных, школьных оценок и успеваемости в обучении. Материалы международной научно-практической конференции «Психология эффективного родительства», КГМУ, 2011. – С. 467-476.
4. Тодд Дж., Богарт А.К. Основы клинической и консультативной психологии / Пер. с англ. – СПб.: Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Семейная психотерапия. - Л.: Медицина, 1989.

ЗДОРОВЬЕ КАК ЖИЗНЕННАЯ ПОТРЕБНОСТЬ И СОСТАВЛЯЮЩАЯ СМЫСЛА ЖИЗНИ У ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тимофеева И.В.

Уральский государственный университет физической культуры,
Екатеринбургский филиал, г. Екатеринбург, Россия

Все более распространенной становится точка зрения на здоровье как на источник благополучной повседневной жизни. Очевидно, что потребность в здоровье и осознание здоровья как жизненной ценности во многом обуславливают субъективную оценку здоровья. Так, Б.Г. Юдин понятие «здоровье» соотнес с такими понятиями «...как возможности человека ... сопрягаются с физическими и психическими ресурсами, качеством его жизни, его потенциалом, его ... жизненным миром», а также «растущая независимость человека от ограничений, задаваемых ему собственной телесностью», что позволяет ему утверждать: «Я тем более здоров, чем шире диапазон доступных мне произвольных действий» [6, 60].

Анализ статистических данных показывает, что среди всех заболеваний детей в Российской Федерации болезни нервной системы занимают 7-е ранговое место. Среди причин детской инвалидности ведущее место занимает детский церебральный паралич (ДЦП). Распространенность ДЦП среди населения весьма значительна и составляет, по мнению различных авторов, от 1,9 до 2,6-4 на 1000 детей. В настоящее время ДЦП рассматривают как особое состояние ребенка, как совокупность клинических, психологических и социальных факторов, дезадаптирующих человека, приводящих к ограничению его жизнедеятельности.

Согласно социальной модели, человек с инвалидностью должен быть равноправным субъектом общественных отношений, которому общество

должно предоставить равные права, равные возможности, равную ответственность и свободный выбор с учетом его особых потребностей. При этом человек с инвалидностью должен иметь возможности интегрироваться в общество на своих собственных условиях, а не быть вынужденным приспособливаться к правилам мира «здоровых людей» [5, 65].

Наиболее значимой способностью, позволяющей подростку с инвалидностью преодолевать трудности социальной реабилитации, является способность к расширению границ пространства жизнедеятельности. Для того чтобы обеспечить возможность расширения границ пространства жизнедеятельности, необходимо учитывать логику его естественного развития, опирающегося на удовлетворение базовых потребностей. В противном случае у ребенка не формируется способность, позволяющая контролировать происходящие с ним события, что может привести к «выученной беспомощности», блокирующей социальную адаптацию. Естественная линия развития ребенка предполагает последовательное удовлетворение потребностей по мере их возникновения.

Г.И. Бондаренко в своей авторской модели Я – концепция человека с инвалидностью обращает внимание на то, что «...жизненное кредо инвалида рождается в ожесточенной борьбе с собственной беспомощностью. [2, 37]. В работах А. Адлера, которые отражают компенсаторные возможности психики ребенка с физическими дефектами, автор делает очень важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Неважно, есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то недостает. А такое ощущение у него, скорее всего, будет. Правда, это будет ощущение недостаточности не в чем-то конкретно, а во всем...». Это высказывание А. Адлера является ключевым в теории компенсации дефекта при аномальном развитии ребенка. Однако, подчеркивая роль самовосприятия человеком своего дефекта в дальнейшем его психическом развитии, автор пытается показать, что «ощущение недостаточности» у ребенка является определяющим фактором его дальнейшего психического развития и адаптации [1, 49].

Если подросток с инвалидностью построит адаптационную стратегию на независимом, нонконформном поведении, он использует свое право выбора, выстроит иерархию собственных целей, к достижению которых не перестанет стремиться, преодолевая внутренние и внешние преграды. Именно таким способом он максимально реализует Я – потенциальное. Механизм аутоадаптации подростка сможет запуститься лишь при условии принятия телесного облика как компонента своей неповторимости и индивидуальности, которые характеризуются не только недостатками, но и достоинствами. Эффективность аутоадаптации во многом будет зависеть от того, насколько в подростковом сознании самореализация творческих потенций будет доминировать над ограниченными физическими возможностями [2, 39].

Ветрова И.Ю. выделяет четыре основных типа адаптации больных ДЦП к обществу:

- Активно-позитивный тип. У молодых инвалидов, относящихся к этому типу, благоприятный внутренний настрой, достаточно высокая самооценка, оптимизм, заражающий других, энергичность и самостоятельность суждений и поступков.

- Пассивно-позитивный тип. При пассивно-позитивном типе адаптации существующее на данный момент положение, в котором находится инвалид, его устраивает, поэтому наблюдается отсутствие стремления к переменам.

- Пассивно-негативный тип. У молодых людей присутствует неудовлетворенность своим положением и вместе с тем отсутствует желание самостоятельно улучшить его.

- Активно-негативный тип. Присутствующие здесь психологический дискомфорт и неудовлетворённость собственной жизнью не отрицают желания изменить ситуацию к лучшему, но реальных практических последствий это не имеет в силу влияния различных объективных и субъективных факторов.

Исследования Ветровой И.Ю. [3, 2] показали, что среди молодых людей с последствиями детского церебрального паралича крайне редко встречаются лица с активно-позитивной жизненной позицией, но они являются наиболее социально-активными. Большинство молодых инвалидов с ДЦП либо не испытывают стремления как-то менять свою жизнь, либо считают себя неспособными на столь важный шаг. Как правило, они находятся во власти тех или иных обстоятельств. Поэтому эти лица особо нуждаются в четко спланированной и научно-обоснованной системе психологических и социально-педагогических мер, направленных на формирование у них самостоятельности суждений и действий, навыков труда и культуры поведения, умения адекватно жить в социуме.

Основной целью реабилитации лиц, перенесших длительное заболевание, является не только восстановление здоровья, но и последующее социальное и профессиональное их восстановление. Успешность такой реабилитации оказывается в большей зависимости от личности пациента, его психического состояния. Адаптация инвалидов с последствиями церебрального паралича имеет как социальное, так и психологическое значение. Психологическая адаптация способствует адекватному реагированию человека на происходящие события. Социальное значение психологической адаптации заключается в обеспечении максимально возможной интеграции молодых инвалидов с последствиями ДЦП в жизнь общества.

В связи с демократизацией и формированием открытого образования в современной России особенно остро встала задача обучения и воспитания различных категорий детей, имеющих ограничения жизнедеятельности. Выбор образовательного учреждения нелегко дается любому студенту. Абитуриентам-инвалидам этот выбор дается куда труднее: необходимо решить проблему мобильности, технических средств обучения. По стати-

стике 70% студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата - это инвалиды с детским церебральным параличом.

Известно, что у 86% выпускников с 14 до 18 лет с ДЦП нарушения высших психических функций полностью не компенсируются и оказывают существенное влияние на возможность профессионального обучения и социальной адаптации. Оптимальная общая организация внутривузовской среды развития и саморазвития студента является первоосновой и оценкой эффективности всей системы педагогического обеспечения. Для молодых людей с последствиями ДЦП исключительно важно с самого начала войти в атмосферу здорового образа жизни, включиться в организацию, формирующую четкие представления о профессиональной перспективе студента и способах ее реализации; позитивное отношение студента к себе, к своей деятельности, к окружающим людям; стимулирующую процессы саморазвития личности студента [4, 11].

В качестве примера приведем данные г. Екатеринбурга. Так, по данным Центра «Особый ребенок» (государственное специальное (коррекционное) образовательное учреждение для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии специальная (коррекционная) общеобразовательная школа – интернат VI вида), большинство выпускников 11 классов поступили в вузы г. Екатеринбурга (Уральский государственный педагогический университет, Российский государственный профессионально-педагогический университет, Академия государственной службы) на очную форму обучения. Стоит отметить, что у большинства выпускников ориентация на профессию происходит без учета тех ограничений, которые накладывает двигательная патология. В основном подростки ориентированы на получение «престижных» или «романтических» профессий, игнорируют профессии, отвечающие их состоянию. Доступные профессии отвергаются как нежелательные. Поэтому неадекватная оценка своих физических возможностей может служить серьезной помехой для достижения более реальных жизненных целей.

Выпускники 9 классов с сохранным интеллектом продолжили дальнейшее обучение в школе в 10 классе. Немногие из них (35%) выбрали колледжи с экономическим уклоном. Учащиеся 9 классов с нарушенным интеллектом поступили в профессиональные училища.

Молодые инвалиды, поступающие в вуз, колледжи чаще всего недостаточно идентифицируют себя в плане выбора будущей профессии и жизненного пути. Неполная профессиональная ориентированность, отсутствие твердой мотивации в приобретении специальности часто приводит к снижению успеваемости студента и его удовлетворенности учебной деятельностью в целом.

В связи с этим особое значение приобретает работа по более эффективному вхождению студента в процесс высшего образования по принципу равенства с учетом индивидуальных особенностей и возможностей каждого студента. Целью социально-педагогического обеспечения студентов с последствиями ДЦП является системное развитие в процессе высше-

го профессионального обучения целостной системы учебно важных, необходимых и значимых качеств становления социально-психологической зрелости личности студента от статуса абитуриента до статуса начинающего специалиста. Оптимальная общая организация внутривузовской среды развития и саморазвития студента является первоосновой и оценкой эффективности всей системы педагогического обеспечения. Для молодых людей с последствиями ДЦП исключительно важно с самого начала войти в атмосферу здорового образа жизни, включиться в организацию: формирующую четкие представления о профессиональной перспективе студента и способах ее реализации; формирующую позитивное отношение студента к себе, к своей деятельности, к окружающим людям; стимулирующую процессы саморазвития личности студента.

Основным психологическим условием для адекватной адаптации и профессионально-личностного развития студента-инвалида в вузе может стать система психологического сопровождения, направленная на создание возможностей для успешного обучения и подготовки студента-инвалида к будущей профессии, развития коммуникативного и личностного потенциала студента на всем протяжении обучения (от поступления в вуз до трудоустройства). По мнению Н. Хайма необходимо приложить «усилия, направленные на то, чтобы либо внутри психически, либо посредством целенаправленных действий редуцировать, выровнять имеющиеся или ожидаемые перегрузки, возникающие из-за болезни, или совладать с ними» [7, 64], а именно необходимы индивидуальное отношение и оценка внутреннего и внешнего стресса. Совладание с болезнью рассматривается как критерий успешной адаптации.

Список литературы

1. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии [Текст] / А. Адлер. - М., 1993. – 360 с.
2. Бондаренко, Г.И. Я – концепция человека с инвалидностью [Текст] / Г.И. Бондаренко // Дефектология, 2006.- № 5. - С. 36-40.
3. Ветрова И.Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов. – Ярославский Педагогический Вестник (эл. версия). - [uspu.yar.ru/ vestnik/index/](http://uspu.yar.ru/vestnik/index/).
4. Гарматина, Ю. Инвалиды: право на образование: В России 0,1% студентов-инвалидов [Текст] // Аргументы и факты. Здоровье. – 2004. - № 6. – С. 9 – 13.
5. Организационно–методические основы социально-психологической реабилитации инвалидов: Метод. рекомендации [Текст] / Н.Ф. Дементьева, Б.М. Рудельсон. – М., 1988. – 102 с.
6. Юдин, Б.Г. Здоровье: факт, нома и ценность [Текст] / Б.Г. Юдин // Мир психологии, 2000. - № 1.- С. 60-61.
7. Heim N. (1988). Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Goping? Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 38, 8-18/

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕКЦИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Тимошилов В.И., Певчев В.А., Боева Т.А.

Курский государственный медицинский университет,
ОБУ «Областной центр молодежных программ», г. Курск, Россия

Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации построена на основе сочетания мер борьбы с наркопреступностью и незаконным оборотом наркотиков и первичной межведомственной социально-педагогической профилактики наркотизации молодежи [1]. Наиболее распространенной формой антинаркотического просвещения молодых людей являются лекции специалистов – по результатам проводимых нами опросов, в Курской области ими охвачено от 65 до 70% участников профилактических программ в возрасте от 10 до 19 лет [2]. Современные принципы менеджмента качества предусматривают оценку результатов деятельности не только по достижению заранее обозначенных показателей масштабности проделанной работы и ее результативности, но и путем изучения удовлетворенности потребителей (участников проекта, целевой аудитории) [3].

Целью настоящего исследования было пробное проведение оценки эффективности лекций специалистов-наркологов в рамках областной молодежной антикризисной акции «Твой выбор – твоя жизнь» путем анкетирования 100 их слушателей. Лекции были прочитаны в г. Курске, Золотухинском и Фатежском районах Курской области врачами-наркологами, прошедшими обучение по программе лекционного курса «Научно обоснованный подход к профилактике наркопредрасположенности среди молодежи», разработанной на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Курского государственного медицинского университета. Анкетирование подростков, прослушавших лекции, предусматривало изучение самооценки ими информативности лекций и удобства восприятия материала, а также влияния проведенного информирования на их знания, представления и установки по проблеме наркомании.

Согласно полученным данным, средний возраст опрошенных слушателей составлял $13,8 \pm 1,1$ года. Рассмотрение социальной структуры контингента показало, что 64% из них представлено наиболее неблагоприятной категорией – не обучающимися и не работающими; 16% совмещали учебу с работой, 10% обучались в школах, остальные 10% – в образовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования. Все слушатели были отнесены комиссиями по делам несовершеннолетних к категории оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что определяет их подверженность множественным факторам риска наркотизации психологической и социальной природы со стороны семьи и внесемейного окружения. В связи с этим проведение профессиональной разъяс-

нительной работы в отношении данного контингента представляется крайне актуальным.

Информационная насыщенность прочитанных лекций оценена участниками в целом высоко: 80% отметили, что излагаемая информация дает исчерпывающее представление о проблеме. Доли тех, кто продемонстрировал неудовлетворенность по поводу избытка информации и излишней детализации фактов, либо наоборот обратил внимание на нехватку данных, оказались равны и составили по 10%. Таким образом, по результатам самооценки целевой аудиторией, лекционный материал следует считать оптимальным по количественному содержанию фактических данных.

При этом оценка респондентами процесса и качества подачи информации, ее представления лектором, выделила ряд недостатков: 40% слушателей отметили сложность для восприятия и запоминания используемых терминов и оборотов, 22% - излишне назидательный стиль изложения, 20% - акцент на чрезмерное запугивание аудитории. Полную удовлетворенность манерой преподнесения материала продемонстрировали всего 18% респондентов. Данные показатели свидетельствуют о недостаточной подготовке лекторов по вопросам работы с аудиторией конкретного возраста, социального положения и интеллектуального уровня, а также недостаточной их компетентности в вопросах возрастной и социальной психологии, нехватке педагогических навыков.

Оценка результативности профилактической работы информационно-образовательного характера проводилась нами путем изучения динамики знаний о проблеме, соответствующих убеждений и установок. В проведенном исследовании мы рассмотрели самооценку слушателями влияния лекций на знания о проблеме наркомании и возможностях ее лечения, а также на их готовность к обращению за помощью специалистов.

При ответе на вопрос о произошедших в результате прослушивания лекции изменениях представлений о наркотиках 50% опрошенных заявили об укреплении убежденности в их вреде, а 49% склонны недооценивать угрозу отдельных видов психоактивных веществ, называемых в молодежной среде «легкими» или «клубными». Это подтверждает выявленные нами ранее неудовлетворенные информационно-образовательные потребности молодежи в данном вопросе и недостаточное внимание специалистов к разъяснению вреда препаратов конопли и психостимуляторов, их опасности для физического развития и психического здоровья [2].

К адекватной оценке возможностей наркологии в отношении тех, кто уже злоупотребляет психоактивными веществами, приблизились 40% респондентов, ответивших, что у них возникло или укрепилось представление о лечении от наркомании как длительном и сложном процессе с возможностью положительного эффекта только при своевременном обращении за помощью специалистов и твердом желании больного отказаться от приема наркотиков. Также 40% продемонстрировали рост убежденности в полной неизлечимости наркомании. Позиции остальных 20% разделились на тех, кто верит в возможности легкого излечения от наркотической зави-

симости (11%), либо не считает проведенные лекции информативными в плане ознакомления с возможностями медицины (9%). Таким образом, лекции специалистов достаточно успешно противодействуют агрессивной рекламе негосударственных наркологических клиник с сомнительной репутацией, дающих обещания быстрого и легкого избавления от наркозависимости с полным физическим и психическим восстановлением. При этом тревожным фактом является высокая распространенность среди молодежи мнения о безнадежности положения наркомана, бесперспективности оказания ему медицинской помощи, что является одной из причин низкой добровольной обращаемости за наркологической помощью.

Значительный положительный эффект, показанный в нашем исследовании, получен в плане мотивации молодежи к обращению за помощью специалистов, что ранее являлось существенной проблемой. Убедиться в том, что нельзя полностью исключить для себя проблемы с наркотиками, и помощь врача или психолога может потребоваться, лекции помогли 55% слушателей, а 29% дистанцируются от проблемы, исключая для себя какую-либо вероятность наркотизации, в том числе путем насильственного или обманного введения психоактивного вещества. Для 16% актуален страх неблагоприятных юридических последствий возможной постановки на учет в учреждении наркологического профиля. Полученные данные в сопоставлении с результатами аналогичных исследований прошлых лет свидетельствуют о значительном вкладе читаемых лекций в правовое просвещение подростков (доля опасющихся постановки на учет с наложением юридических ограничений стала ниже), но существенного влияния на распространенность «самоисключающих» установок лекционной работой добиться не удается.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что тематические лекции специалистов-наркологов являются формой работы, эффективной в плане донесения до молодежи большого объема систематизированной и наглядно представленной информации о проблеме наркомании. Проводимые в Курской области мероприятия данного типа также достигают целей в части противодействия навязчивой рекламе клиник, обещающих быстрое и легкое излечение от наркотической зависимости. Актуальными проблемами содержания читаемых молодежной аудитории лекций является недостаточное внимание к вопросам вреда препаратов конопли и психостимуляторов либо неубедительное его разъяснение, а также отсутствие работы по развитию навыков бесконфликтного отказа от предлагаемого психоактивного вещества, связанное с тем, что организаторы профилактической работы зачастую не желают демонстрировать признание ими вероятности контакта с наркотиками молодежи, охваченной профилактикой. Эффективность донесения информации до подростковой аудитории снижается по причинам недостаточной наглядности лекционного материала и низкой компетентности лекторов-врачей в вопросах педагогики и возрастной психологии. Решение данных проблем представляется возможным путем коррекции содержания и порядка подготовки организа-

торов и исполнителей профилактических мероприятий с включением в программу психолого-педагогических вопросов и за счет централизованного выпуска мультимедийного лекционного материала, адаптированного для различных возрастных и социальных групп.

Список литературы

1. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации: утв. Решением ... // Электрон. дан.- Режим доступа: Справ. - правовая система «КонсультантПлюс».
2. Тимошилов В.И. Наркопредрасположенность и ее профилактика: учебно-методическое пособие / В.И. Тимошилов, Г.А. Сидоров, А.А. Чертова. – Курск: ООО АПИИТ «Гиром», 2010. – 128 с.
3. Менеджмент организации. Удовлетворенность потребителя. Руководство по управлению претензиями в организациях: ГОСТ Р ИСО 10002-2007. – Введ. впервые: введ. 2008-06-01 / Федер. агентство по техн. регулированию и метрологии. – М.: Стандартинформ, 2007. – 19 с.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ НА КАФЕДРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ВПХ

Тихоненков С.Н., Дубровин Г.М., Павлов В.К.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Конец 20 века характеризуется, в частности, ростом заболеваемости и смертности населения на фоне высоких достижений медицины, совершенства технических средств диагностики и лечения болезней. Современный этап развития нашего общества связан с демографическим кризисом, снижением продолжительности жизни, снижением психического состояния здоровья населения страны, что вызывает беспокойство многих ученых и специалистов. Но, учитывая традиционную направленность действующей системы здравоохранения на выявление, определение и “устранение” болезней, усилившуюся в связи с прогрессирующей социально-экономической деструкцией общества, становится ясным, что медицина сегодняшнего дня и обозримого будущего не сможет существенно влиять на сохранение здоровья человека. Этот факт обосновывает необходимость поиска более эффективных способов и средств сохранения и развития здоровья.

Известно, что уровень здоровья человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Но, по данным ВОЗ он лишь на 10-15 % связан с последним фактором, на 15-20% обусловлен генетическими факторами, на 25 % его определяют экологические условия и на 50-55% - условия и образ жизни человека [1]. Таким образом, очевидно, что первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья все же принадле-

жит самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Вместе с тем современный человек в большинстве случаев перекладывает ответственность за свое здоровье на врачей. Он фактически равнодушен по отношению к себе, не отвечает за силы и здоровье своего организма, и наряду с этим не старается исследовать и понимать свою душу. В действительности человек занят не заботой о собственном здоровье, а лечением болезней, что и приводит к наблюдающемуся в настоящее время увяданию здоровья на фоне значительных успехов медицины. Не оправдано видение причин нездоровья лишь в плохом питании, загрязнении среды обитания и отсутствии надлежащей медицинской помощи.

Первостепенной задачей для повышения уровня здоровья должно стать не развитие медицины, а сознательная, целенаправленная работа самого человека по восстановлению и развитию жизненных ресурсов, по принятию на себя ответственности за собственное здоровье, когда здоровый образ жизни становится потребностью. “Быть здоровым - это естественное стремление человека”, - пишет К. В. Динейка, рассматривая в качестве главной задачи, стоящей перед человеком в отношении его здоровья, не лечение болезней, а творение здоровья. Первым шагом в этом направлении может служить выяснение представлений о здоровом образе жизни (ЗОЖ) в современном обществе с целью дальнейшей их корректировки, а также формирования новых представлений и установок на здоровье, здоровый образ жизни и болезнь. Поэтому в нашем исследовании мы изучали представления о здоровом образе жизни у сотрудников и учащихся кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ.

Цель исследования: изучение представлений о здоровом образе жизни у сотрудников, интернов и ординаторов кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ КГМУ.

Задачи исследования:

1. Определение места здоровья в системе ценностей сотрудников и учащихся кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ.

2. Сравнительный анализ представлений о здоровом образе жизни у сотрудников и учащихся кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ КГМУ.

Нами разработана анкета, в которой испытуемому предлагается список из 12 составляющих здорового образа жизни, которые необходимо расставить по степени важности для здорового образа жизни.

В эксперименте приняли участие 11 сотрудников кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ в возрасте от 28 до 74 лет, 7 интернов в возрасте от 23 до 27 лет, 10 ординаторов в возрасте от 23 до 28 лет. Статистическая обработка проведена с использованием стандартных методов.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать ряд выводов относительно представлений о здоровом образе жизни у сотрудников кафедры и учащихся кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ.

При анализе открытых вопросов анкеты был выделен ряд составляющих здорового образа жизни, характеризующих с точки зрения испытуемых данный феномен. Так, испытуемые указывали на такие аспекты здорового образа жизни (ЗОЖ), как занятия спортом, общение с природой, положительное отношение к себе, гармоничные отношения в семье, отсутствие пристрастия к алкоголю, умеренное употребление алкоголя, правильное питание, отсутствие привычки к курению, материальное и физическое благополучие, и здоровье окружающих, рассматривая их как факторы здоровья.

Распределение данных ответов у разных групп испытуемых представлено в таблице.

Распределение мест в структуре ЗОЖ по рейтингу

составляющие ЗОЖ	Со- трудники	Ордина- торы	Ин- терны
1. Занятия спортом	4	2	2
2. Общение с природой	10	9	6
3. Положительное отношение к себе	5	3	1
4. Гармоничные отношения в семье	1	5	5
5. Отсутствие пристрастия к алкоголю	11	6	10
6. Умеренное употребление алкоголя	8	11	11
7. Правильное питание	6	4	8
8. Отсутствие привычки к курению	9	7	9
9. Умеренное курение	12	12	12
10. Материальное благополучие	3	8	4
11. Физическое благополучие	2	1	3
12. Здоровье окружающих	7	10	7

Из таблицы видно, что у сотрудников кафедры, средний возраст которых составлял 38,5 лет, компоненты здорового образа жизни (ЗОЖ) образуют следующую последовательность:

1) гармоничные отношения в семье, 2) физическое благополучие, 3) материальное благополучие, 4) занятия спортом, 5) положительное отношение к себе, 6) правильное питание, 7) здоровье окружающих.

У ординаторов, средний возраст которых составлял 24,5 года, составляющие ЗОЖ расположены в следующем порядке: 1) физическое благополучие, 2) занятия спортом, 3) положительное отношение к себе, 4) правильное питание, 5) гармоничные отношения в семье, 6) отсутствие пристрастия к алкоголю, 7) отсутствие привычки к курению

У интернов, средний возраст которых составлял 23,3 года, составляющие здорового образа жизни представлены так: 1) положительное отношение к себе, 2) занятия спортом, 3) Физическое благополучие, 4) материальное благополучие, 5) гармоничные отношения в семье, 6) общение с природой, 7) здоровье окружающих.

Следовательно, представления о здоровом образе жизни у интернов и ординаторов кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ сводятся к занятиям спортом и физическому благополучию. В то же время сотрудники кафедры в качестве наиболее важных составляющих ЗОЖ называются такие, как гармоничные отношения в семье, физическое и материальное благополучие, что имеет большую ценность в здоровом образе жизни и не ограничиваются только факторами физического здоровья.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать ряд выводов относительно представлений о здоровом образе жизни у сотрудников кафедры, интернов и ординаторов.

Так, у всех групп испытуемых здоровье занимает 1 место в системе ценностных ориентаций, но вместе с тем количество людей, отдающих приоритет среди прочих ценностей именно здоровью, различно, что дает основание судить об отличиях отношения к собственному здоровью у испытуемых. Представления о здоровом образе жизни у интернов и ординаторов сводятся к занятиям спортом и физическому благополучию.

Сотрудники кафедры в качестве наиболее важных составляющих ЗОЖ называются такие, как гармоничные отношения в семье, физическое и материальное благополучие, что более соответствует современным представлениям о здоровом образе жизни, не ограничивающемся не только факторами физического здоровья. Мы это связываем с тем, что сотрудники кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ имеют более высокий возрастной уровень, основанный на значительно большем жизненном опыте, вероятно, это и должно являться примером для подрастающего поколения врачей травматологов-ортопедов.

Список литературы

1. Назарова Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие: Учебное пособие для студентов высших заведений / Е.Н. Назарова, Ю.Д. Жиллов. - М.: «Академия», 2007. – 265 с.

К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИЯХ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНЫМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ
(НА МОДЕЛИ ДЕТСКОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИЛЕПСИИ
С ЦЕНТРОТЕМПОРАЛЬНЫМИ СПАЙКАМИ)

Туровская Н.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница
«Центр психического здоровья детей и подростков»,
г. Волгоград, Россия

Высокая распространенность в детском возрасте судорожных пароксизмальных состояний (Коровин А.М., 1984; Карлов В.А., 1980; Болдырев А.И., 1980; Гузева В.И., 2008; и др.) делают чрезвычайно актуальным изучение вопроса о характере и механизмах их влияния на психический онтогенез. Учет возможных последствий для психического развития ребенка данной патологии имеет особое значение в целях оказания ему соответствующей профилактической и коррекционной помощи.

Одной из причин возникновения судорожных пароксизмальных состояний является эпилепсия. Как указывает ряд авторов, наличие когнитивных расстройств является одним из неотъемлемых аспектов в эпилептической практике [1]. Однако, данные соответствующих клинических и психологических исследований недостаточно полны и нередко противоречивы.

В настоящий момент в научной литературе высказываются предположения о том, что нейропсихологический дефицит характерен для детей с роландической эпилепсией (Deonna и др., 2000; Croona и др., 1999; Weglage и др., 1997; Saint-Martin и др., 2001; Metz-Luzt и др., 2006; Pinton и др., 2006; Deltour и др., 2007) [3].

Доброкачественная детская эпилепсия с центротемпоральными спайками является самым часто встречающимся из идиопатических фокальных синдромов эпилепсии у детей, с началом между 2 и 13 годами [4]. Данная форма эпилепсии связана с благоприятным прогнозом (Voima и др., 1997), поскольку приступы у больных, как правило, в юности прекращаются [4]. Однако, "мягкая" природа роландической эпилепсии была подвергнута сомнению из-за наличия у детей проблем с обучаемостью и тонких когнитивных расстройств (Nicolai и др., 2006) [4]. Beaussart (1972) объяснял существующие у больных детской доброкачественной эпилепсией проблемы с обучаемостью и поведением психологическим последствиям болезни [5].

Патофизиология познавательной дисфункции при роландической эпилепсии до сих пор неизвестна. Существует две гипотезы, объясняющие данное явление. Первая – эпилептиформная активность может вмешиваться в познавательную обработку. Вторая - черты ЭЭГ и познавательные нарушения - независимые признаки общей основной патологии (Carlsson и др., 2000) [2].

Рассмотрим результаты ряда исследований особенностей нарушения психического развития указанной категории детей.

Исследования Staden и др. (1998) продемонстрировали языковой дефицит, включая дисфункцию письменной речи; Carlsson и др. (2000) – более низкую сформированность навыков чтения у детей с роландической эпилепсией [2]. Papavasiliou и др. (2005) сообщили о группе детей с роландической эпилепсией, у которых значительно хуже, чем у их здоровых сверстников были сформированы такие навыки письменной речи, как правописание, чтение вслух, понимание прочитанного [2]. Языковой дефицит, затрагивающий беглость чтения, фонематическое восприятие, номинативную функцию, морфосинтаксическое конструирование и просодический компонент речи отмечали D'Alessandro и др. (1990), Croona и др. (1999), Gündüz и др. (1999), Baglietto и др. (2001) [5]. О некоторой степени ухудшения определенных языковых функций у данной категории детей также писали Camfield С. (1993), Yung и др. (2000), Monjauze и др. (2005), Northcott и др. (2005). Явления дислексии и дискалькулии у детей с роландической эпилепсией были выявлены Canavese и др. (2007) [2]. Yung и др. (2000) отметили нарушения у данной категории больных детей количественного мышления [5].

Напротив, Pinton и др. (2006) сообщили о том, что словесные функции и речевая память у обследованных ими детей с доброкачественной эпилепсией были нормальны, в отличие от зрительно-пространственных восприятия и памяти. О нарушениях зрительно-моторной координации и зрительно-пространственных функций также сообщали D'Alessandro и др. (1990), Piccirilli и др. (1994), Weglage и др. (1997), Gündüz и др. (1999), Metz-Lutz и др. (1999), Baglietto и др. (2001), Pinton и др. (2006), Vökl-Kernstock и др. (2006); о нарушениях памяти - Croona и др. (1999), Metz-Lutz и др. (1999), Northcott и др. (2005). При этом ряд исследователей отмечали у больных роландической эпилепсией детей нарушения только вербальной (Weglage и др., 1997; Croona и др., 1999; Hattori, 2002), другие – только зрительно-пространственной памяти (Binnie и др., 1992; Metz-Lutz и др., 1999; Baglietto и др., 2001; Pinton и др., 2006 [5].

Согласно недавним обзорам, у детей с эпилепсией отмечается высокий риск возникновения проблем с вниманием (Sanches-Carpintero, Neville, 2003; Schubert, 2005; Dunn и Kronenberger, 2006). О трудностях выполнения тестов, направленных на исследование внимания детьми с доброкачественной детской эпилепсией сообщали Piccirilli и др. (1994), Metz-Lutz и др. (1999), Gündüz и др. (1999), Chevalier и др. (2000), Pinton и др. (2006), Deltour и др. (2007). Трудности торможения в ситуации запрещения выполнения действия у детей с эпилепсией были выявлены D'Alessandro и др. (1990), Gündüz и др. (1999), Chevalier и др. (2000), Baglietto и др. (2001), трудности сопротивления вмешательству дистрактора - Deltour и др. (2007). Исследования Deltour и др. (2007) показали, что исполнительные функции планирования у детей с доброкачественной эпилепсией сохранены. Однако у них отмечается замедление времени реакции и большое ко-

личество ошибок при выполнении заданий, т.е. снижена контролирующая функция внимания. Ранее на данные нарушения психической деятельности у детей с различными типами эпилепсии указывали Mitchell и др. (1992), Oostrom и др. (2002) [4].

Titomanlio и др. (2003) выявили, что больные в прошлом доброкачественной эпилепсией дети в состоянии ремиссии допускают в процессе выполнения заданий большее количество ошибок, чем изначально здоровые. У них значительно увеличено время реакции выбора, что указывает на присутствие трудностей в принятии решений, снижает познавательную гибкость и, по всей видимости, приводит к сохранению когнитивных расстройств в течение долгого времени, несмотря на нормализацию клинических показателей [4].

О нарушениях функций лобных отделов мозга у детей с доброкачественной эпилепсией, т.е. о трудностях планирования, персеверациях и слабом развитии мелкой моторики сообщали Croona и др. (1999), Chevalier и др. (2000), Gündüz и др. (1999), Metz-Lutz и др. (1999) [5].

Нарушения поведения, такие как гиперактивность, агрессия, оппозиционные реакции, трудности с концентрацией и усвоением общественных норм по результатам анкетирования и интервью родителей были выявлены Weglage и др. (1997), Croona и др. (1999), Yung и др. (2000), Chevalier и др. (2000) [5].

Pinton и др. (2006), проанализировав результаты предыдущих исследований, пришли к выводу о том, что 17 - 41% детей с доброкачественной эпилепсией с центротемпоральными спайками имели место затруднения в учебе. Эти трудности требовали терапии, иногда дублирования учебного года или специального образования в 10% случаев. Результаты собственных исследований данных авторов показали, что у 15-30% детей с роландической эпилепсией присутствует нейropsychологический дефицит [5].

Ряд авторов утверждает, что у детей с данной патологией отмечается не только нарушение отдельных психических функций, но и снижение общего коэффициента интеллекта (Weglage и др., 1997; Baglietto и др., 2001; Fonseca и др., 2007). Другие авторы (D'Alessandro и др., 1990; Gunduz и др., 1999) опровергли наличие корреляций между наличием эпилептических приступов и снижением интеллекта [3].

Противоречивыми являются факты, касающиеся не только особенностей психического развития детей с роландической эпилепсией, наличия у них в той или иной форме когнитивного дефицита, но и результаты исследований факторов и механизмов, вызывающих возможные нарушения развития психических функций.

Связь между особенностями развития отдельных психических функций, возрастом начала приступов и продолжительностью заболевания была установлена Deltour и др. (2007), Fonseca и др. (2007) [4]. Наличие связи между количеством приступов и выраженностью дизонтогенеза выявили Metz-Lutz и др. (1999) [6], опровергли - Fonseca и др. (2007) [3]. На отрицательное воздействие медикаментозного лечения на психическое разви-

тие ребенка указывают Metz-Lutz et al. (1999) [6], Northcott и др. (2005), Deltour и др. (2007) [6;4]. Pinton и др. (2006), наоборот, отрицают влияние антиэпилептического лечения (вальпроат или карбамазепин) на результаты IQ [5].

Наиболее часто в научной литературе звучит гипотеза о наличии связи между судорожными отклонениями на ЭЭГ и познавательными функциями. Наличие центротемпоральных спайков, активизированных сном, на ЭЭГ предполагалось как причина нарушений психического развития у детей несколькими авторами (D'Alessandro и др., 1990, Baglietto и др., 2001, Binnie, 1993, Blom и Heijbel, 1982, Metz-Lutz и др., 1999, Morikawa, 2002, Pan и Lüders, 2002, Papazian и др., 2003, Weglage и др., 1997). Как считают указанные авторы, нейропсихологический дефицит, главным образом, связан с активной фазой болезни и исчезает в стадии ремиссии (D'Alessandro и др., 1990, Baglietto и др., 2001, Deonna и др., 2000, Weglage и др., 1997) [5].

Однако результаты, полученные Pinton и др. (2006) показали отсутствие существенного влияния нарушений ЭЭГ сна на интеллектуальные способности детей. Более того, по результатам этих исследований, дети с самыми выраженными нарушениями ЭЭГ сна имели нормальные или выше среднего интеллектуальные способности, а пациенты, имеющие значительное замедление темпа реакций, имели нормальные ЭЭГ сна [5].

Особую роль имеет изучение специфики влияния на психическое развитие детей особенностей латерализации очага эпилептиформной активности. Недавнее исследование Wolff и др. (2005) выявило корреляцию между местоположением очага и отдельными когнитивными расстройствами у детей с роландической эпилепсией; в частности дети с левосторонними очагами значительно хуже справляются с языковыми тестами [2]. Аналогичные выводы ранее сделали Piccirilli (1988), Hommet и др. (2001) [5]. Несколько исследователей предполагают наличие связи между правосторонней и двусторонней локализацией очага эпилептиформной активности и снижением зрительно-пространственных функций и способности к поддержанию внимания (D'Alessandro и др., 1990, Piccirilli и др., 1994, Massa и др., 2001, Bedoin и др., 2006) [4]. Результаты, полученные Pinton и др. (2006) показали, что коэффициент невербального интеллекта у детей с доброкачественной эпилепсией был ниже, когда центр эпилептиформной активности был правосторонним [5]. Однако ряд исследований не выявил корреляций между латерализацией приступов и когнитивными расстройствами (Weglage и др., 1997, Northcott и др., 2005) [4], (Fonseca и др., 2007) [3].

Philip S. Fastenau и др. (2009) экспериментально доказали, что низкий культурный уровень родителей может быть дополнительным неблагоприятным фактором, влияющим на формирование интеллектуальных способностей детей с доброкачественной эпилепсией [6]. Следовательно, не только влияние эндогенного и экзогенного, но и психогенного фактора

имеет существенное значение в формировании когнитивного дефицита у детей с указанной патологией.

Таким образом, даже краткий анализ результатов исследования нарушений психической деятельности у детей с доброкачественной эпилепсией с центротемпоральными спайками показал, что эти результаты крайне противоречивы, а порой и противоположны. Остается невыясненным вопрос о факторах и механизмах, вызывающих отклонения в развитии когнитивной сферы данной категории детей. Более того, актуальным остается решение вопроса о влиянии на развитие детей более тяжелых в прогностическом отношении форм как идиопатической, так и симптоматической эпилепсии, а также единичных эпилептических реакций, что делает чрезвычайно необходимым проведение дальнейших психологических исследований в данной области.

Список литературы

1. Особенности когнитивных функций у детей с эпилепсией [Текст] / В.И.Гузева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. - № 9. – С. 24-28.
2. Are dyslexia and dyscalculia associated with Rolandic epilepsy? A short report on ten Italian patients [Текст] / Carlotta Canavese [и др.] // *Epileptic Disord.* – 2007. - № 9 (4). – С. 432-436.
3. Bening childhood epilepsy with centro-temporal spikes. Correlation between clinical, cognitive and EEG aspects [Текст] / Lineu Corrêa Fonseca [и др.] // *Arq Neuropsiquiatr.* – 2007. - № 65(3-A). – С. 569-575.
4. Clinical evaluation of attentional processes in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BCECTS) [Текст] / Laëtitia Deltour [и др.] // *Epileptic Disord.* – 2007. - № 9 (4). – С. 424-431.
5. Cognitive functions in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS) [Текст] / Florence Pinton [и др.] // *Epileptic Disord.* – 2006. - № 8 (1). – С. 11-23.
6. Neuropsychological Predictors of Academic Underachievement in Pediatric Epilepsy: Moderating Roles of Demographic, Seizure, and Psychosocial Variables [Текст] / Philip S. Fastenau [и др.] // *Epilepsia.* – 2004. - № 45(10). - С. 1261-1272.

СЛЕДУЯ ФУКО: ИСТОРИЧЕСКАЯ МИССИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПСИХИАТРИИ

Узлов Н.Д.

Березниковский филиал Пермского государственного
национального исследовательского университета,
г. Березники, Пермский край, Россия

В чем состоит основная функция психиатрии? Ответ на этот вопрос можно найти в классической работе Мишеля Фуко «История безумия в классическую эпоху» («*Histoire de la folie à l'âge classique*», 1972) и курсе лекций, прочитанных им в середине 1970-х годов в Париже «Ненормальные» («*Les Anormaux*»). Фуко показывает, что психиатрия формировалась не столько как область медицинского знания, сколько как отрасль общественной гигиены, как институт психопрофилактики, защиты общества от всевозможных опасностей, с которым оно может столкнуться вследствие болезни или всего того, что прямо или косвенно связано с болезнью. «Психиатрия была отраслью общественной гигиены, и поэтому понятно, что, дабы самой сделаться научным институтом, то есть основательным и подкрепленным медицинским знанием, ей потребовалось совершить две одновременные кодировки. В самом деле, с одной стороны, надо было определить безумие как болезнь, патологизировать присущие ему расстройства, заблуждения, иллюзии; провести ряд исследований (по симптоматологии, нозографии, прогнозированию, наблюдению, клиническому досье и т.д.), способных навести мосты от этой общественной гигиены, или социальной профилактики, которую психиатрия должна была обеспечивать, к медицинскому знанию — и тем самым позволить этой защитной системе функционировать как медицинское знание. Но, с другой стороны, необходима была, причем в паре с первой, и другая кодировка. Одновременно надо было определить безумие как опасность, то есть представить безумие как источник ряда опасностей, как по самой сути своей источник угроз, а психиатрию тем самым — как знание о ментальных болезнях, способное действительно работать в качестве общественной гигиены. То есть, с одной стороны, психиатрия перевела целый отдел общественной гигиены в разряд медицины, а с другой стороны, она поставила знание, предупреждение и, при необходимости, лечение ментальных болезней на пост социальной профилактики, совершенно необходимой, чтобы предотвратить целый ряд фундаментальных опасностей, связанных с самим существованием безумия» [9, с. 149-150].

Характеризуя истоки безумия в XIX веке, Фуко указывает на три объекта психиатрического воздействия: монстра, исправимого индивида и ребенка-мастурбатора. Именно эти фигуры представляли общественную опасность, часто в силу непредсказуемости поведения и немотивированности преступных деяний против личности или общественной морали. Начав функционировать как знание и власть внутри широкой области общественной гигиены, защиты «общественного тела», психиатрия всегда стара-

лась отыскать секрет преступлений, которые угрожает спровоцировать всякое безумие, найти ядро безумия, которое должно таиться во всех потенциально опасных для общества индивидах. Для того чтобы психиатрия могла таким образом функционировать, ей понадобилось принять как принцип «сущностную и фундаментальную причастность безумия к преступлению, а преступления к безумию». Для этих целей психиатрия осуществила, по мнению Фуко, следующие два важных мероприятия. Одно — в лечебнице, оно заключается в построении анализа безумия, который расходится с традиционным анализом и в котором уже не бред выступает смысловым ядром безумия, а матричной формой безумия оказывается непослушание, сопротивление, неподчинение, бунт, в буквальном смысле злоупотребление властью (отсюда, по-видимому, исходят корни психиатрического преследования за инакомыслие). Таким образом, уже внутри психиатрической больницы психиатрия функционирует как обнаружение опасности, как операция, с помощью которой при диагностике всякого безумия учитывается его возможная опасность. Внимательно прочтение «Истории безумия» М. Фуко показывает, что смысл домов для душевнобольных в Европе состоял в том, чтобы отчуждать, отделять и десакрализировать безумие, помещать его в специальный контекст, который воспринимался бы буржуазным гражданским сознанием как нечто низкое, греховное, недостойное, преступное [8]. Но с тем же усердием психиатрия стремилась обнаружить опасность, которую таит в себе безумие, даже когда это «кроткое, безобидное безумие, даже когда оно почти не заметно». «Чтобы укрепиться в качестве научного и авторитарного вмешательства в общество, чтобы укрепиться в качестве власти и науки общественной гигиены и социальной защиты, медицина ментальных болезней должна была показать, что она способна распознать некоторую опасность даже там, где никто другой еще не видит ее; и что она способна распознать ее потому, что является медицинским знанием», - пишет М.Фуко [9, с. 152]. Отсюда берут истоки репрессивного характера психиатрии. По мнению другого твидного историка психиатрии и одного из лидеров антипсихиатрического движения Т. Саса, становление психиатрии происходило благодаря постепенному осознанию того, что люди, считавшиеся еретиками, в действительности были душевно больны. Он полагает, что таким образом произошло превращение религиозной идеологии в научную: «медицина вытеснила теологию, специалист по безумцам — инквизитора, сумасшедший — ведьму» [5, с. 22]. В результате массовое религиозное движение сменилось медицинским, а преследование душевнобольных заняло нишу инквизиции.

Монстр - чудовище, «предел», «точка извращения закона», «сочетание невозможного и запрещенного», противоестественная фигура, способная не только преступать закон, но и «лишать закон дара речи», попирая всяки нормы, представляет экстремальную, криминальную форму безумия. Монстр, как уже было сказано выше – первый в ряду категории «ненормальных». Именно к таким субъектам, по мнению Фуко, изначально проявила интерес психиатрия XIX века. «Она заинтересовалась кри-

минальным безумием не вследствие своего развития, не потому, что, исследовав все возможные области безумия, набрела на эту непомерную, экстремальную форму безумия, заключающуюся в убийстве. Она сразу заинтересовалась безумием, способным убивать, так как ей нужно было сформироваться и отстоять свои права в качестве власти и знания в области внутренней защиты общества. Отсюда ее сущностный, конститутивный, в строгом смысле этого слова, интерес к криминальному безумию, а также особенно пристальное внимание ко всем формам поведения, в которых преступление непредсказуемо. Никто не в состоянии его предвидеть, никто не может предугадать его заранее. И когда неожиданно, без подготовки, без объяснения, без мотива, без основания преступление все-таки случается, выходит психиатрия и говорит: если никто не может заранее распознать это внезапно разражающееся преступление, я — как знание, как наука об умственных болезнях, знающая толк в безумии, как раз могу распознать эту таинственную и незаметную для всех остальных опасность. Иными словами, в безосновательном преступлении, в этой опасности, которая внезапно поражает общество изнутри и не подчиняется никакой логике, психиатрия естественно находит для себя особый интерес: она просто не может остаться равнодушной к этим в буквальном смысле непостижимым преступлениям, к этим непредсказуемым преступлениям» [9, с. 152]. Надо ли говорить, что проблема выявления и поимки монстров (маньяков, педофилов и серийных убийц) остается актуальной и в настоящее время. Говоря о радикальных изменениях в обществе и медицине, связанных с представлениями о психической норме, А.И. Белкин пишет, что у нынешних психиатров только одно обстоятельство все еще поддерживает страх, подозрительность и инстинктивное желание изолировать «ненормальных». Речь идет об определенной категории насильников и душегубов, которые часто бывают абсолютно нераспознаваемы, и выглядят более нормальными, чем многие из здоровых, а до первого преступления и сами не осознают своих преступных влечений [1].

Становясь все более медицинской дисциплиной, и ослабляя свои буферные и охранные функции в своих намерениях оградить формально «здоровых», конвенционально ориентированных субъектов от формально «нездоровых», имеющих потенциально опасные, либо непонятные «бзики» и «странности», психиатрия постепенно освобождается от части своих притязаний. Фактически свободным от психиатрического влияния стала сфера сексуальности. Преступными деяниями по-прежнему признаются все формы сексуального насилия, и психиатрия пытается понять мотивы поведения и определить степень вменяемости серийных убийц и сексуальных маньяков (вылечить их она, к сожалению, не может). В настоящее время все, что делается по взаимному согласию партнеров и входит в «диапазон приемлемости», включая гомосексуальные контакты, культуру BDSM (бондаж, доминирование, садомазохизм), трансвестизм, экзбиционизм (голыми красотками, демонстрирующими свои интимные «прелести», заполнена едва ли не треть всех сайтов Интернета) и др., признается

нормой [7]. Кажется смешным говорить о последствиях мастурбации, приводящих к тяжелым заболеваниям нервной системы, эпилепсии, слабумию и импотенции, а ведь менее столетия назад об этом всерьез предупреждали маститые ученые. Вот что писал по этому поводу немецкий профессор Г. Роледер: «Онанизм влияет на различные органы нашего тела неодинаково. У детей, например, поражается центральная нервная система, что влечет за собою судороги, конвульсию, истерию и даже падучую болезнь. Другие начинают страдать поражением брюшных областей, вследствие чего появляется сердцебиение, одышка и припадки. У некоторых наступают поносы, катары желудка, кишок и вообще острые желудочно-кишечные заболевания. У других пациентов тупеет зрение, появляется светобоязнь (фотофобия), судороги век...<...> С этой точки зрения онанизм представляет собой даже опасности, и я понимаю почему Бурдак утверждает, что онанизм – "преступление рода человеческого", а, по мнению другого ученого, "ни война, ни оспа, ни чума, ни другие бедствия не могут дать человечеству столь несчастных последствий, как онанизм, который является уничтожающим фактом для человечества. Эпидемичность же подобного явления – для человечества угрожающа.."» [4, с. 96, 132]. Воспринимается как бред.

Фигура «неисправимого индивида», описываемая Фуко, противоречива. «Неисправимый», в отличие от монстра (который скорее является исключением из правил), явление повседневное. Поле, в котором он проявляет себя, затрагивает большую область межличностных отношений. Это семья, школа, улица, работа, игра и т.д. Говоря современным языком, такой индивид испытывает трудности социальной адаптации, и всякого рода воспитательные, назидательные, правовые меры, направленные на коррекцию его девиаций, оказываются безрезультатными. Психиатрия берет таких субъектов под свою опеку. Например, это могут быть психопаты, социопаты и даже шизофреники. В одних случаях корректировать поведение можно средствами бихевиоральной психотерапии, в других – нейролептиками. Границы «несправимости» можно раздвигать, привлекая моральные и идеологические стандарты, тогда в сферу влияния психиатров неминуемо попадут все неконформисты, инакомыслящие, инакочувствующие и политические диссиденты. Так, психиатрия брежневского периода использовалась в качестве орудия для устранения политических оппонентов. Для этих целей отечественными судебными психиатрами был изобретен диагноз «вялотекущая шизофрения» (А.В. Снежневский, Г.В. Морозов, Д.Р. Лунц и др.). «Инакомыслие может быть обусловлено болезнью мозга, - писал профессор Н.Н. Тимофеев, выступавший, в частности, в роли эксперта в деле генерала Петра Григоренко, - когда патологический процесс развивается очень медленно, мягко (вялотекущая шизофрения), а другие его признаки до поры до времени (иногда до совершения криминального поступка) остаются незаметными» [6]. Этот диагноз пытались поставить В. Буковскому, но комиссия, состоявшая преимущественно из противников теории вялотекущей шизофрении, в итоге признала его

вменяемым (в дальнейшем советские спецслужбы обменяли его на лидера чилийских коммунистов Луиса Корвалана). Этот диагноз поставили Вячеславу Игрунову, распространявшему «Архипелаг ГУЛАГ», Леониду Плющу, обвинённому в антисоветской пропаганде, Наталье Горбаневской, протестовавшей на Красной Площади против ввода советских войск в Чехословакию, и др.

А можно утверждать, что «все мы шизофреники», потому что воспитаны в душевнобольных семьях капиталистического мира, как это делают сторонники антипсихиатрического движения и философы-постмодернисты Ж. Делез и Ф. Гватари [3]. На сходство взглядов советских психиатров, считавших, что оппозиция коммунистическому режиму может быть только лишь признаком «латентной шизофрении» и западных антипсихиатров, указывал в свое время Давид Купер (D.Cooper), один из лидеров этого движения. И те, и другие вследствие отсутствия строгой концепции, основанной на клинике и психопатологии, точно соответствующей психиатрической модели заболевания, - говорил он, - чрезмерно расширили понятие шизофрении, сделав из него нечто совсем иное, чем строго определенная нозологическая единица [цит. по 2].

Список литературы

1. Белкин, А.И. У каждого времени свои безумцы // Российский психоаналитический вестник. – 1994. – № 3-4. – С. 84-90.
2. Гаррабе, Ж. История шизофрении / Ж.Гаррабе. – СПб.: НИИ им. В.М.Бехтерева, 2000. – 303 с.
3. Делез, Ж. Капитализм и шизофрения. АнтиЭдип / Ж. Делез, Ф.Гватари. – М.: АН СССР, ИНИОН, 1990. – 672 с.
4. Роледер, Г. Онанизм: причины, явления болезни, предупредительные меры, лечение / Г. Роледер. – Тверь: Типография им. К. Маркса, 1927. – 190 с.
5. Сас, Т. Фабрика безумия: сравнительное исследование инквизиции движения за душевное здоровье / Т. Сас. – Екатеринбург: Ультра-Культура, 2008. – 509 с.
6. Тимофеев, Н.Н. Деонтологический аспект распознавания больных шизофренией /Н.Н.Тимофеев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1974. – № 7. – С. 98-116.
7. Узлов, Н.Д. Трансгрессия сексуальности: экзбиционирующие женщины в Сети и психологическая кастрация мужчин/Н.Д.Узлов// Отклоняющееся поведение человека в современном мире: проблемы и решения: матер. Междунар. заочной научно-практ. конфер., г. Владимир, 12 мая 2010 г. – Владимир: Изд. Владимирского госуниверситета, 2010. – С. 98-106.
8. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. – СПб.: Университетская книга, 1997. –576 с.

9. Фуко, М. Ненормальные: курс лекций, прочитанных в Колледж де Франс в 1974-1975 учебном году / М. Фуко. – СПб.: Наука, 2004. – 432 с.

СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТ ПРИОБЩЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ СРЕДСТВАМ

Филатова Т.А.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Семья, выполняя функцию социализации подрастающего поколения, в значительной степени влияет на процесс приобщения детей и подростков к употреблению психоактивных средств (ПАС), который в настоящее время характеризуется рядом негативных тенденций. Дети в слишком юном возрасте начинают приобщаться к употреблению психоактивных средств, быстро переходя к их злоупотреблению. По данным различных авторов, средний возраст приобщения к алкоголю составляет от 11 до 14 лет [8, 106], в среднем $12,5 \pm 0,5$ лет [11, 29]. Возраст первой пробы табака – $11,6 \pm 0,8$ лет, наркотических веществ – $13,9 \pm 0,7$ лет [12, 263]. В возрасте 14-18 лет лишь 15,2% подростков ни разу в жизни не употребляли алкоголь, почти половина принимает спиртные напитки 1-3 раза в месяц, а 15% – несколько раз в неделю [1, 7]. Предотвращение вовлечения подростков в употребление психоактивных средств является одной из актуальных и до сих пор нерешенных проблем современной наркологии [2, 41; 3, 23; 6, 72; 7, 28].

Наиболее эффективным и оправданным способом ее решения является первичная профилактика, т.е. мероприятия, направленные на предупреждение приобщения детей и подростков к ПАС. Чаще всего объектом превентивных мероприятий является «группа риска» – несовершеннолетние, имеющие большее количество факторов риска. При этом недостаточное значение придается функционированию семей этих проблемных детей и подростков. Ведь реальная программа жизни, практические навыки повседневного поведения, общения, отношения к вредоносным факторам формируются – активно, целенаправленно или исподволь – через личный пример родителей [10, 56]. Зарубежные специалисты утверждают, что родители в большинстве случаев прямо не виноваты в том, что их дети начинают принимать те ли иные ПАС, но они так или иначе участвуют в становлении и развитии болезненного пристрастия [14, 26]. Многие авторы считают нарушение нормального состава семьи, негармоничные взаимоотношений в семье, неправильные воспитательные стили одними из важнейших факторов риска приобщения детей и подростков к ПАС. В дисгармоничных, проблемных, распадающихся семьях, где во взаимоотношениях между родителями отсутствует понимание и нередко семейные конфликты, сложно воспитать гармоничную личность, а наличие напряженной атмосферы может спровоцировать «уход» ребенка от реаль-

ности в наркотизацию [4, 40]. К важным факторам риска приобщения к ПАС относят различные нарушения семейного воспитания. Выявлена положительная корреляция между риском приобщения ребенка к ПАС и такими воспитательными стилями, как гипоопека (вплоть до безнадзорности), гиперопека, противоречивое воспитание, жестокое отношение, завышенные требования родителей (чаще матери) к ребенку [9, 40]. В настоящее время на первый план выдвигается проблема разрушения и искажения общественного института материнства и семьи, неготовности родителей к родительской роли, неуверенность в жизненных позициях, некомпетентности их в вопросах материнства и отцовства [5, 28].

Факторов, сдерживающих приобщение к ПАС, гораздо меньше, чем факторов риска. Важнейшим из них является гармоничное развитие личности, которое возможно только в полноценной, продуктивно функционирующей семье. Специалисты NIDA рассматривают среди данных факторов [13, 73] крепкие семейные узы, активную роль родителей в жизни детей, понимание их проблем забот, ясные правила, стандарты внутри семьи, постоянные обязанности (система поощрений эффективней системы наказаний).

Целью нашего исследования явился анализ роли семьи в приобщении к употреблению психоактивных средств для усовершенствования мероприятий профилактики. Для анализа микросоциальных факторов, способствующих формированию алкоголизма и наркоманий, было проведено комплексное клинико-психопатологическое и катamnестическое исследование 129 больных алкоголизмом и опийной наркоманией, находящихся на лечении в Курской областной наркологической больнице и наркологическом отделении Курской психиатрической больницы (средний возраст больных составил $36,57 \pm 11,03$ лет), которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 113 здоровых лиц со средним возрастом $36,97 \pm 13,56$ лет и сходными с основной группой половыми и социально-демографическими характеристиками. При исследовании всех испытуемых заполнялась специально разработанная формализованная индивидуальная карта больного и здорового человека.

При изучении социально-психологических условий становления личности будущего больного с зависимостью от ПАС более неблагоприятная картина была обнаружена в основной группе. Только половина больных алкоголизмом и опийной наркоманией воспитывалась в полных семьях (табл. 1), причем 6,2% (8 человек) из них указывали на наличие конфликтных отношений в этих семьях. В контрольной группе на это обращали внимание 2 человека (1,8%). Почти у половины больных основной группы, которые воспитывались в «деформированных» семьях, сложились плохие отношения с отчимом, чего не встречалось в контрольной группе. Среди больных алкоголизмом и опийной наркоманией (основная группа) было 6 сирот, в том числе и социальных (имеющих живых родителей, но отказавшихся от них), воспитывающихся бабушками и дедушками (4 чело-

века) и в детских домах (2 человека). В контрольной группе ни один из обследованных не был сиротой.

Таблица 1

Состав родительской семьи обследованных основной и контрольной групп (n=242)

Состав родительской семьи	Основная группа (n=129)		Контрольная группа (n=113)		2	Уровень статистической значимости, p
	Абсолютные значения	Относительные, %	Абсолютные значения	Относительные, %		
Полные семьи	64	49,6	94	83,2	29,96	p<0,001
Неполные семьи	44	34,1	17	15,0	11,61	p<0,001
«Деформированные» семьи	15	11,6	2	1,8	8,96;	p<0,01
Отсутствие родительской семьи (сироты)	6	4,7	0	–	–	–

При изучении стилей воспитания в родительской семье обнаружено преобладание негармоничных стилей в основной группе (преимущественно гипоопеки) и гармоничного стиля в контрольной группе (табл. 2).

Таблица 2

Стили воспитания в родительской семье обследованных основной и контрольной групп (n=242)

Стили воспитания	Основная группа (n=129)		Контрольная группа (n=113)		2	Уровень статистической значимости, p
	Абсолютные значения	Относительные, %	Абсолютные значения	Относительные, %		
1. Гармоничный	39	30,2%	98	86,7%	78,26	p<0,001
2. Негармоничный:						
2.1. Гиперопека	20	15,5%	4	3,5%	9,65	p<0,01
2.2. Гипоопека	49	38,0%	7	6,2%	34,23	p<0,001
2.3. Жестокое обращение	8	6,2%	1	0,9	4,76	p<0,05
2.4. Эмоциональное отвержение	1	0,8%	–	–	–	–
2.5. Несогласованный между родителями стиль	12	9,3%	3	2,7	4,58	p<0,05

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что в основной группе достоверно преобладало наличие в ближайшем окружении лиц, употребляющих ПАС (63,6% – 82 человека) по сравнению с контрольной группой (29,2% – 33 человека; $\chi^2 = 28,52$; $p < 0,001$). Необходимо отметить, что влияние алкогольного и наркотического окружения у больных алкоголизмом и наркоманиями учитывалось в случае его наличия в преморбидном периоде их жизни.

На основании приведенных данных можно сделать вывод о значительном влиянии состава семьи (неполные, «деформированные» семьи, отсутствие родительской семьи), условий воспитания в ней (негармоничный стиль воспитания) и алкогольного и наркотического окружения на формирование зависимости от ПАС. При этом семья обладает мощным антинаркотическим потенциалом в случае гармоничного стиля воспитания ребенка, конструктивного межличностного взаимодействия между всеми членами семьи.

Учитывая полученные данные, указывающие на особую роль семьи в формировании гармоничной личности с высокой антинаркотической устойчивостью, мы предлагаем комплексную программу профилактики злоупотребления ПАС, направленную не только на детей и подростков, входящих в группу риска, но и на их ближайшее окружение. Для реализации данного подхода необходимо, в первую очередь, преодолеть имеющуюся некомпетентность родителей по вопросам формирования химической зависимости, возрастных особенностей детей и процессов их социализации с учетом индивидуальных особенностей. Информирование родителей о проявлениях опьянения, первых признаках зависимости от психоактивных средств у детей и подростков должно производиться не только в виде тематических лекций, целесообразно распространение памяток с информацией о данных проявлениях. Помимо помощи в самообразовании необходимо сориентировать родителей в отношении имеющихся услуг и возможностей в этом плане. Для осознания ими имеющихся трудностей и проблем во взаимоотношениях с детьми, анализа используемых непродуктивных тактик воспитания с целью формирования более приемлемых стилей наиболее эффективно использование семейной психотерапии. Подросток в этом случае рассматривается как носитель симптома неблагополучия семьи, а семья – как целостная система. Если ее проведение является невозможным в силу технических причин или подросток отказывается от участия, то более доступным, но не менее эффективным методом в данном случае может служить тренинг родительской компетенции. Целесообразна разработка памятки для родителей о способах гармонизации отношений со своими детьми.

Список литературы

1. Амелина С.В., Волков А.В., Зиновьева М.А. и др. Анонимное анкетирование учащихся в системе профилактики употребления психоактивных веществ // Материалы научно-практической конференции «Нарколо-

- гия-2010», посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. – М., 2010. – С. 7-8.
2. Бохан Н.А. Современные тенденции наркологической ситуации среди подросткового населения / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Л.Л. Трефилова. // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 40-42.
 3. Егоров А.Ю. Современные особенности наркоманий у подростков / А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2009. – Т. 9.1. – С. 22-34.
 4. Каражанова, А.С. Особенности детского наркотизма (обзор отечественной и зарубежной литературы) / А.С. Каражанова // Наркология, 2003. – №11. – С. 37–55.
 5. Козловская, Г.В. Состояние психического здоровья детского населения раннего возраста и актуальные проблемы микропсихиатрии / Г.В. Козловская // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. – Т. 12. – № 2. – С. 27–30.
 6. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических расстройств среди подростков в России в 2007 г. / Е.А. Кошкина // Актуальные проблемы возрастной наркологии: материалы региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13-14 ноября, 2008 г.) / Под ред. Е.Н. Кривулина и Н.Е. Буториной. – Челябинск: Изд-во ПИРС, 2008. – С. 72-73.
 7. Кошкина Е.А. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России / Е.А. Кошкина, К.В. Вышинский, Н.И. Павловская, И.А. Збарская, О. И. Антонова // Наркология. – 2010.– № 4 –С. 27-36.
 8. Леонтьева М.В. Мониторинг девиантного поведения учащихся и студентов Архангельска // Социологические исследования. – 2007. –№ 12. – С. 104-108.
 9. Макеева, А.Г. Особенности нормативных представлений современных подростков о злоупотреблении наркотическими веществами. / А.Г. Макеева. // Вопросы наркологии, 2005. – № 6. – С. 37-43.
 10. Пелипас, В.Е. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков. Сообщение 3. Позиция семьи / В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова, М.Г. Цетлин // Вопросы наркологии, 2000. – № 2. – С. 54-60.
 11. Погосов А.В., Аносова Е.В. Особенности сочетания пивного алкоголизма с гашишной наркоманией у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №5, вып 2. – с.28-32.
 12. Юсопов О.Г., Мусабеева Ж.К. Отношение к психоактивным веществам среди детей младшего и старшего школьного возраста //Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с

международным участием (24-27 ноября 2009 г., Москва). – М.: ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России, 2009.– С. 263-264.

13. Preventing and controlling dnig abuse / Перевод Андреевой Т.И // Ed. by M.Gossop & M.Grant. – Geneva: WHO, 1990 – P. 71–74.

14. Warns, C. // Drogensucht. – Stuttgart, New York: Schattauer. – 1994. – S. 24-36.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ - ОБЛАСТЬ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Фролов Я.А., Литвинова Н.В., Волошина Н.Б.

Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск, Россия

Здоровье человека является предметом изучения многих естественных и общественных наук. Человек связан с отношениями в обществе и его социальной структурой. Поэтому невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов [1, 2]. По определению ВОЗ: здоровье - это состояние полного физического, душевного, сексуального и социального благополучия и способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней и внутренней среды и естественному процессу старения, а также отсутствие болезней и физических дефектов. Достаточно актуальной и малоизученной остается проблема качества жизни (КЖ) больных [3-6]. В практике здравоохранения методология исследования КЖ обеспечивает индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения.

Цель исследования: выяснить динамику показателей качества жизни у больных через 6 месяцев и 3 года после холецистэктомии (ХЭ) по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) в зависимости от особенностей клинической картины заболевания.

Материалы и методы. Показатели качества жизни определялись при помощи опросника общего типа SF -36 (Item Shot- Form Healf Survey), опросник Mos SF-36 (русифицированная версия). Опросник включает оценку по 8 шкалам и состоит из 36 вопросов. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было качество жизни по этому параметру. Четыре шкалы (физическое функционирование, ролевые ограничения, связанные с физическим состоянием, физическая боль и общее здоровье) опросника отражает физическое и четыре (витальность, социальное функционирование, ролевые ограничения, связанные с эмоциональным состоянием, психическое здоровье) - психическое здоровье. Вопросы и шкалы оцениваются так, что наибольшее значение указывает на лучшее качество жизни. Например, для шкал функционального состояния оценка проводится так, что высокая оценка указывает на лучшее функционирование, шкала физической боли

оценивается так, что высокая оценка соответствует отсутствию боли. Опросник заполнялся больными самостоятельно.

Статистическая обработка была проведена с применением пакетов программ Statistical Package for Social Sciences (SPSS 11.5).

Для диагностики основных синдромов использованы рекомендации Международного консенсуса по функциональным заболеваниям (Рим II) [7]

Результаты. Проанализированы показатели КЖ в динамике через 6 месяцев и через 3 года после холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни с использованием русифицированного опросника SF-36.

При оценке КЖ у пациентов через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни с исходно симптомным течением заболевания (n=40) достоверно увеличились показатели физического функционирования $55,34 \pm 4,5$ до $74,8 \pm 4,5$ (среднее значение изменений $19,48 \pm 6,2$; 95%CI -6,79 -32,17; $p=0,004$) ; физической боли $39,52 \pm 2,2$ до $76,9 \pm 3,5$ (среднее значение изменений $37,34 \pm 4,5$; 95%CI -28,04 -46,65; $p=0,0001$) ; социального функционирования $68,31 \pm 4,9$ до $89,8 \pm 3,3$ (среднее значение изменений $21,48 \pm 6,4$; 95%CI -8,46-34,5; $p=0,002$). Не изменились показатели витальности $50,97 \pm 3,7$ до $50,69 \pm 3,0$ (среднее значение изменений $0,28 \pm 4,3$; 95%CI -8,62 \pm 9,17; $p=0,95$). Не достоверно увеличились показатели по шкалам ролевого функционирования с $59,48 \pm 7,8$ до $72,41 \pm 7,2$ (среднее значение изменений $12,9 \pm 10,3$; 95%CI 33,98-(-8,12); $p=0,219$); ролевого эмоционального функционирования с $75,86 \pm 7,4$ до $87,38 \pm 5,3$ (среднее значение изменений $11,5 \pm 10,2$; 95%CI 32,48-(-9,45); $p=0,270$); психологического здоровья с $58,07 \pm 3,7$ до $61,97 \pm 3,3$ (среднее значение изменений $3,9 \pm 3,8$; 95%CI 11,64-(-3,84); $p=0,311$) и общего здоровья с $45,28 \pm 3,9$ до $47,24 \pm 4,0$ (среднее значение изменений $1,97 \pm 4,3$; 95% CI 10,71-(-6,78); $p=0,649$).

При анализе КЖ, через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни (у пациентов с бессимптомным течением заболевания; n=25) отмечается снижение показателей по всем шкалам. Изменения достоверны по шкалам физического функционирования с $74,72 \pm 5,1$ до $55,56 \pm 5,79$ (среднее значение изменений $19,17 \pm 6,5$; 95%CI 5,43-32,9; $p=0,009$); ролевого функционирования с $94,44 \pm 3,8$ до $59,72 \pm 9,3$ (среднее значение изменений $34,72 \pm 10,91$; 95%CI 11,7-57,74; $p=0,005$); физической боли с $87,89 \pm 2,7$ до $71,78 \pm 5,3$ (среднее значение изменений $16,11 \pm 5,09$; 95%CI 5,36-26,86; $p=0,006$); общего здоровья с $62,39 \pm 3,3$ до $43,11 \pm 4,5$ (среднее значение изменений $19,28 \pm 5,4$; 95%CI 7,85-30,7; $p=0,002$); витальности с $77,39 \pm 4,9$ до $38,33 \pm 3,6$ (среднее значение изменений $39,06 \pm 5,6$; 95%CI 27,21-50,91; $p=0,0001$); психологического здоровья с $73,56 \pm 2,8$ до $60,61 \pm 3,6$ (среднее значение изменений $12,94 \pm 4,7$; 95%CI 2,83-2,7; $p=0,015$). Изменения недостоверны в шкалах социальное функционирование с $86,22 \pm 4,6$ до $78,56 \pm 5,8$ (среднее значение изменений $7,67 \pm 6,8$; 95%CI -1,1-6,69; $p=0,275$); ролевого эмоционального функционирования с

98,17 ± 1,8 до 79,67 ± 8,9 (среднее значение изменений 18,5 ± 9,4; 95%СІ 1,36-38,36); p=0,06). Подобные изменения отмечаются и через 3 года после операции.

Таким образом, качество жизни через 6 месяцев и через 3 года у больных, перенесших холецистэктомию по поводу ЖКБ, в большей степени нарушено за счет невозможности выполнять в полном объеме бытовые нагрузки (шкала ролевых ограничений, связанных с физическим состоянием). Последнее обусловлено интенсивной болью, ограничивающей повседневную деятельность (шкала физической боли), а также за счет пониженной оценки пациентом своего состояния и перспектив лечения (шкала общего здоровья), отсутствия сил и энергии (шкала витальности). При исходно симптомном течении заболевания отмечено возрастание качества жизни через 6 месяцев после операции. Через 6 месяцев после холецистэктомии у пациентов произошло улучшение по всем показателям качества жизни (кроме общественного здоровья и витальности), отражающим как физическое так и психологическое здоровье (с достоверным увеличением в шкалах физического функционирования и физической боли). У пациентов улучшается возможность выполнять в полном объеме бытовые нагрузки (шкала ролевых ограничений, связанных с физическим состоянием), что обусловлено уменьшением интенсивности боли, ограничивающей повседневную деятельность (шкала физической боли). При исходно бессимптомном течении ЖКБ, мы видим иную ситуацию - по всем шкалам отмечается снижение показателей качества жизни через 6 месяцев после операции. Сниженные показатели качества жизни у пациентов с отсутствием билиарных болей до операции, возвращаются к прежним значениям через 3 года после холецистэктомии.

Учет такого показателя, как качество жизни, позволит добиться наилучших результатов сохранения и укрепления здоровья в условиях психоэмоционального и социального благополучия. Социальный медик, занимаясь здоровьем человека, активно "вмешиваясь" в его дела, должен стать партнером пациента после холецистэктомии и отвечать не только за здоровье, но и заниматься проблемами организации социальной помощи.

Список литературы

1. Василенко Н.Ю. Основы социальной медицины. — Издательство Дальневосточного университета, 2004. — 129 с.
2. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением: Учебное пособие. — СПб.: СПбГМА, 1997. — 184 с.
3. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. Сравнительное исследование качества жизни у больных желчнокаменной болезнью и постхолецистэктомическим синдромом. Материалы 5-го Славяно-Балтийского научного форума "Санкт-Петербург - Гастро-2003". Гастроэнтерология - СПб., 2003; 2-3: 93.

4. Львова М.А. Качество жизни больных в отдаленные сроки после холецистэктомии. Материалы 5-го съезда научного общества гастроэнтерологов России, 3-6 февраля 2005 года. - М., С. 356-7.

5. Григорьева И.Н., Романова Т.И. Методологические аспекты исследования качества жизни в современной медицине // Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения. – Красноярск, 2005. – С. 364–371.

6. Решетников О.В., Пыленкова Е.Д., Курилович С.А. и др. Качество жизни у лиц с диспепсией с гастроэзофагеальным рефлюксом среди взрослого населения Новосибирска: популяционное исследование // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. – Красноярск, 2005. – С. 165–171.

7. Clouse RE, Richter JE, Heading RC, et al. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NY, et al. Eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders. 2nd edn. McLean VA: Degnon Associates, 2000.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ МОЛОДЕЖИ КАК МОТИВАЦИЯ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ ТАБАКА

Хабаров А.А., Ларин С.Л.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Среди самых распространенных вредных привычек в современном обществе курение занимает первое место. В курение вовлечены практически все слои населения, то есть оно является массовой в мировом масштабе привычкой, наносящей урон как здоровью отдельного человека, так и обществу в целом. Именно курение является причиной возникновения рака, заболеваний верхних дыхательных путей, сердечнососудистой системы. При этом страдают не только сами курильщики, но и люди, окружающие курящего. Так, курильщик с одной сигаретой, заставляет некурящего, находящегося с ним в одном помещении, пассивно «выкурить» от нее ровно половину.

Национальная антитабачная концепция предполагает снижение числа курильщиков с 40 до 25 процентов населения к 2015 году. Для достижения этого планируется запретить рекламу сигарет и увеличить акцизы на табак до уровня европейских стран. Кроме того, государство намерено запретить открытое курение в общественных местах, где для курильщиков создадут специальные вентилируемые зоны.

В рамках пропаганды отказа от алкоголя и табака Минздрав уже реализовал такие дорогостоящие проекты как тематический сайт takzdorovo.ru, ряд роликов с социальной рекламой (наибольший успех из которых имела "адская белочка"), "горячую линию" о вреде пьянства и другие. На эти действия только в 2011 году государство выделяет более

300 млн. рублей. Так, например, в Курской области с 1 октября 2011 года стартует новый проект экологической организации «ЭКА» - «Хранители».

На данный момент существуют методики экологического воспитания молодежи, направленные на борьбу с алкоголизмом и наркоманией. Нам представляется целесообразным включить в это движение и отказ от курения табака, поскольку токсическое действие курения обусловлено не только наличием в сигаретах никотина. Многие заболевания вызываются примесями тяжелых металлов в табаке и табачном дыме, накапливающимися как в организме человека, так и в окружающей среде.

Наиболее опасным токсикантом является кадмий. Нормальный уровень кадмия в плазме крови не должен превышать 6 мкг/л. Кадмий имеет длительный период элиминации (рассчитанный как 10-30 лет). Это обуславливает накопление значительных количеств кадмия в организме курильщика в течение жизни. Также кадмий нарушает обмен культивируемых клеток гладких мышц человека и процессинг коллагена, блокирует кальциевые каналы, ингибирует АТФ-азы и т.д. Другим опасным для человеческого организма тяжелым металлом является свинец, известный своим высоким токсическим действием, в первую очередь, на организм детей. Последствия отравления свинцом разнообразны: резкие боли в животе, судороги, металлический привкус во рту, изменение состава крови, головная боль, головокружение, потеря ориентации и проблемы со зрением. Опасными являются концентрации свинца в крови свыше 45 мкг/л.

По данным организованного нами соцопроса на курском молодежном портале www.kurskview.ru, в среднем житель города Курска выкуривает 8 сигарет в день. На сегодняшний день в г. Курске проживает более 411000 человек, таким образом, на долю каждого взрослого курянина приходится по 6 сигарет в день и около 900 млн. сигарет в год.

Исходя из проведенных нами исследований, в окружающую среду с пеплом и окурками попадает около 30% кадмия и порядка 65% свинца, содержащихся в сигаретах, что сравнимо по порядку величины с выбросами промышленного предприятия. При этом уровень накопленного в организме за год свинца превышает минимальную токсическую концентрацию в 50 раз, а кадмия приблизительно в 100 раз. Это чревато такими тяжелыми последствиями, как сердечно-сосудистые, раковые заболевания, эмфизема легких.

Таким образом, данные проведенных исследований по содержанию тяжелых металлов в табачной продукции в сочетании с объемом выкуриваемых за год сигарет, могли бы стать основой создания новой социальной рекламы, имеющей важное значение как в экологическом воспитании, так и в мотивации отказа от курения табака.

Список литературы

1. Медведев Р.В. Катастрофа здоровья нации // Фармация. – № 6 (57). апрель 1997 – С. 9.

2. Горин А.Г. Курение и молодежь. – М.: Педагогика, 2009, 348 с.
3. Лушов К.А., Ларин С.Л., Мишина А.А. Оценка степени опасности отравления кадмием и свинцом при курении. // Сборник статей международной научно-практической конференции: «Научные основы охраны окружающей среды» - Пенза, 2010. - С. 83-85.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ РАССТРОЙСТВА СНА В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ходжаева Н.И., Кучкоров У.И., Мухтарова Х.К., Рустамов У.Т.
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Узбекистан

Несмотря на широкий спектр применяемых в клинической медицине современных снотворных препаратов [4], проблема коррекции сна в наркологии остается далекой от разрешения. Нарушения сна значительно снижают качество жизни. В настоящее время значительную часть препаратов, улучшающих сон, составляют производные бензодиазепина.

Целью исследования является определение типов расстройства сна в постабстинентном периоде героиновой наркомании и эффективности сомнола при терапии нарушений сна у больных героиновой наркоманией. Сомнол является снотворным препаратом из группы психотропных средств, производных циклопиролона [3,5]. Сомнол проявляет выраженную способность купировать бессонницу, характеризуется менее выраженным в сравнении с другими препаратами избыточной седацией, заторможенностью, дневной сонливостью.

Изучено 42 пациента, получивших стационарную помощь по поводу поведенческих расстройств, вследствие употребления опиатов (героиновая наркомания), согласно критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра. Все больные наблюдались в постабстинентном периоде. Критериями включения в исследование являлись: принадлежность к мужскому полу; возраст больных от 20 до 40 лет; длительность заболевания 1-5 лет; суточная доза внутривенно употребляемого наркотика от 0,2 до 1 г. Психопатологическое состояние больных регистрировалось ежедневно, оценивалось время засыпания и пробуждения, их качество, продолжительность сна, динамику основной симптоматики. Анкетный: для оценки динамики показателей сна использовали «Анкету балльной оценки субъективных характеристик сна» с такими показателями, как время засыпания, продолжительность сна, количество ночных пробуждений, качество сна, количество сновидений, качество утреннего пробуждения. Анкету заполняли дважды – до начала и в конце стационарного лечения.

После купирования абстинентного синдрома у больных героиновой наркоманией выделялись следующие варианты постабстинентных расстройств: астенодинамический, тревожно-фобический, субдепрессивно-

дисфорический. Из пресомнических нарушений выраженные нарушения засыпания часто наблюдались у субдепрессивно-дисфорических и тревожно-фобических больных. Для этих больных характерно беспокойное поведение в постели с постоянным изменением позы. Чаще они лежат с открытыми глазами, испытывая непрерывный поток тревожных мыслей, обращенных в будущее. Интросомнические нарушения были более выражены при тревожно-фобическом варианте, характеризовались частыми пробуждениями в разные периоды из-за беспокойных сновидений. Больные просыпались мгновенно по типу "включения", "вздрагивания", засыпание после пробуждения относительно не затруднено. Страхом бессонницы мотивировались постоянные просьбы пациентов назначить им дополнительно снотворные средства. При этом практически у всех больных отмечалось стойкое повышение уровня тревоги, выявлявшееся клинически. Постоянно повышенный уровень тревожности с готовностью к возникновению острых фобических реакций формировал основу для стойких интросомнических нарушений. Сон носил поверхностный, тревожный характер, больше напоминая дремотное состояние. У 3 больных в структуре сна имели место сенестопатии, с их слов, «что-то у них под кожей ползало, мучило, не давало спать». Интросомнические нарушения у пациентов с субдепрессивно-дисфорическими расстройствами появлялись чаще во второй половине ночи. Пробуждения носили длительный характер и описывались как тягостное состояние – "постепенный выход в бодрствование". Сновидения для этой группы менее характерны, но тягостны, мрачны и менее сюжетны. При пробуждении больные испытывали досаду, засыпание было вновь более проблематичным. Постсомнические расстройства сна для субдепрессивных больных - раннее пробуждение утром без возможности уснуть снова. Проснувшись за 2–3 ч раньше обычного времени, они остаются в постели с безуспешными попытками уснуть вновь. Лежат неподвижно, с закрытыми глазами, что приводит к противоречивым показаниям медицинского персонала и окружающих больных о наличии у них "бессонницы". При тревожно-фобическом варианте сонливость на следующий день более выражена, чем в субдепрессивно-дисфорическом и астенодинамическом варианте. Пациенты недовольны проведенной ночью и характеризуют сон как "невосстановительный". К постсомническим расстройствам можно отнести и неконтролируемую дневную сонливость. Наиболее интенсивными постсомническими нарушениями страдали пациенты с астенодинамическими состояниями. Раздражительность имела место в первой половине дня – обострялась тяга к наркотику, увеличивалось количество ипохондрических жалоб. Больные жаловались на разбитость, сонливость, снижение работоспособности, пытались отвлечься цифирем, даже в условиях непрерывного наблюдения.

Сравнение эффективности сомнола и диазепама при терапии нарушений сна у больных героиновой наркоманией показало определенные различия. Оба препарата применялись в терапии диссомнии в течение 30 дней с контролем времени продолжительности сна и времени, проведенно-

го в постели, функций памяти, субъективной оценки больными своего состояния до лечения и на 30 день терапии. Доза сомнола составляла 7,5 мг на ночь. Диазепам назначался в дозе 5 мг на ночь. Продолжительность сна при приеме диазепама увеличивалась в среднем на 80%, составляя к концу недели приема 6 часов. Однако общее время, проведенное в постели по сравнению с периодом до начала лечения, увеличивалось на 14%, составляя после лечения 7,6 часа. Большинство пациентов субъективно оценивали свое состояние утром после приема диазепама - как состояние расслабленности, отсутствие чувства бодрости. Некоторые больные отмечали выраженную сонливость в первой половине дня, сравнивали свое состояние "с туманом в голове". В утренние часы большинство больных субъективно отмечали физическую вялость, трудность в концентрации внимания, что объективно выражалось в некотором замедлении психических процессов. При проверке способности кратковременной зрительной памяти, её объема и точности - больные до лечения запоминали в среднем 6 чисел, на второй день приема этот показатель снижался до 3, практически не улучшаясь к 10-му дню терапии - 5 чисел. В процессе терапии значительно уменьшилось число ночных пробуждений, общее время сна увеличилось, средняя продолжительность нахождения в постели увеличилась и составила - 7 часов, в среднем, пациент находился в постели без сна только 30 минут. При проверке способности кратковременной зрительной памяти, - больные до лечения писали в среднем 5 чисел, на второй день приема этот показатель снижался до 3, практически улучшаясь к 10-му дню терапии - 7 чисел. Так, при проверке способности повтора слов, больные в 1-й день лечения называли в среднем 4-5 слов, на второй день приема сомнола этот показатель составлял 3-4, к 10-му дню терапии - повторяли 6-7 слов. Незначительные побочные явления (металлический вкус во рту, сухость во рту, головокружения) при применении сомнола исчезали на 3-4 сутки.

Таким образом, препарат сомнол нормализует все виды структурных расстройств сна. После применения сомнола расстройства сна нормализовались быстрее, ускорялось засыпание, увеличивалась глубина сна, уменьшалось количество сновидений, улучшалось качество утреннего пробуждения. Сомнол не ухудшал когнитивные функции. При сравнительном исследовании эффективность сомнола не уступала диазепаму. Улучшая сон, сомнол позитивно влиял на психопатологические проявления в постабстинентном состоянии героиновой наркомании.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Современная психофармакотерапия психогенных расстройств сна. – Москва, 2000. – 26с.
2. Вейн А.М. Нарушения сна и бодрствования. М.: Медицина, 1974; 384с.
3. Врублёвский А.Г., Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Современные подходы к фармакотерапии наркомании. Вопр. наркол 1995; 2: 8-15.

4. Горькое В.А., Раюшкин В.А. Эволюция фармакологии снотворных средств: от алкоголя к зодпилелп'. Журн. неврологии и психиатрии. 1999 - 99: 8: 63-67.

5. Иванец Н.Н. Современная концепция лечения наркоманий. Психиатрия и психофармакотерапия 1999; 3: 19-24.

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ДЕФОРМАЦИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Чернышева А.В.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

По последним статистическим данным в России за 2010 г. показатель учтенной распространенности алкоголизма составил около 1,5% общей численности населения. Среди больных алкогольной зависимостью около 40% составляют женщины [5]. Более 50% женщин, злоупотребляющих спиртным, начинают выпивать уже в возрасте 20 лет.

Алкоголизм — это хроническое психическое заболевание аддиктивного типа, проявляющееся тремя основными симптомами: болезненным влечением к алкоголю, формирующейся на основе этого влечения алкогольной зависимостью и систематическим злоупотреблением алкоголем [2].

При женском алкоголизме чаще выявляется феномен социальной стигматизации, наложения «клейма» или стигмы на лиц, злоупотребляющих алкоголем [6]. Из-за социальных ограничений, а также эмоциональных причин в виде переживаний чувств вины и стыда, ощущении ущербности или страха перед возможной социальной дискриминацией, женщины с алкогольной зависимостью часто отказываются от госпитализации в наркологические учреждения и игнорируют имеющиеся у них проблемы [4]. С прогрессированием заболевания нарастают последствия злоупотребления спиртным, формируется социальная дезадаптация.

Социальная идентичность, являясь целостным образованием, выполняет адаптационную, ориентировочную, структурную, целевую и экстенциальную функции [3]. Социальная идентичность, с позиции Э. Эриксона, есть "процесс организации жизненного опыта в индивидуальное Я" [7]. Процесс развития социальной идентичности представляет собой качественное преобразование внутреннего мира и вследствие этого изменения отношения с окружающими людьми [7].

Кризис социальной идентичности, по Г.М. Андреевой, определяется особой ситуацией сознания, когда большинство социальных категорий, посредством которых человек определяет себя и свое место в обществе, кажется утратившими свои границы и свою ценность.

В нашей работе мы предполагаем, что в процессе болезни происходит деформация социальной идентичности у женщин с алкогольной зави-

симостью, причем в более выраженной форме в случае раннего возраста заболевания.

Исследование проводилось на базе Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы. В исследовании приняли участие 114 женщин с алкогольной зависимостью. Возрастной диапазон испытуемых – от 21 до 55 лет. На основе критериев МКБ-10 у всех испытуемых диагностировался хронический алкоголизм (средняя стадия), манифест заболевания колебался от 17 до 46 лет. Группы были выделены на основе возраста начала заболевания. В первую группу вошли испытуемые с ранним началом болезни от 17 до 27 лет: 58 чел. (52,25%), во вторую группу вошли испытуемые с более поздним началом заболевания от 34 до 46 лет: 23 чел. (20,72%). Испытуемые, у которых диагностированы средние значения манифеста заболевания от 28 до 33 лет, в исследование не вошли.

Для решения задач исследования мы использовали следующие методы:

1. Анализ продуктов деятельности (работа с медицинскими картами испытуемых).
2. Определение социальной идентичности:
 - проективная методика «Кто Я»;
 - «Личностная и социальная идентичность» В. Урбанович;
 - Тест-опросник самоотношения В.В. Столин, С.Р. Пантелеев
3. Обработка данных проводилась с помощью:
 - Количественных методов: построение диаграмм; определение значимости различий.
 - Статистической обработки данных с использованием пакета STATISTICA 6.0.

Результаты экспериментального исследования были подвергнуты корреляционному и сравнительного анализу, а также анализу средних значений.

Корреляционный анализ показал наличие значительных обратных связей в двух экспериментальных группах по таким параметрам как «отношение других» и «самообвинение»; а также прямых умеренных связей между такими параметрами как «моя работа» и «ожидаемое отношение от других»; «мое здоровье» и «самопоследовательность»; «общий уровень интеграции» и «моя семья», «мое здоровье», «я и общество»; «ожидаемое отношение от других» и «я и общество».

Полученные данные позволяют нам говорить о том, что у женщин с алкогольной зависимостью увеличивается уровень самообвинения в случае негативного отношения к ним окружающих. Чем выше уровень самооценки удовлетворенности своим здоровьем, отношениями в семье, а также положением в обществе, тем выше общий уровень самооценки. Постоянное ожидание общественных оценок и мнения влияет на удовлетворенность женщин, больных алкогольной зависимостью, собственной работой, ока-

зывается важной характеристикой при самооценке удовлетворенности своим положением в обществе.

В результате сравнения данных по группам с ранним возрастом начала заболевания и более поздним манифестом заболевания обнаруживаются статистически значимые различия по следующим параметрам: «мое здоровье» при $p=0,027747$; «моя семья» при $p=0,048220$; «мое будущее» при $p=0,049533$.

Женщины с ранним возрастом начала заболевания по сравнению с женщинами, имеющих более поздний возраст заболевания, недовольны своей жизнью в таких сферах как здоровье, семья и будущее. Они оценивают свою семейную ситуацию как болезненную, напряженную, а также дают низкие оценки своему здоровью, пессимистично оценивают свое будущее. Данные показатели позволяют нам говорить об имеющемся кризисе социальной идентичности у женщин с ранним началом алкогольной зависимости в этих жизненных сферах.

В группе больных с ранним началом заболевания отмечается низкая удовлетворенность своим «внутренним миром», что свидетельствует о личностном обеднении, дефиците внутренних ценностей.

По шкале «общий уровень интеграции» в двух группах женщин с алкогольной зависимостью показатели имеют высокие значения: 67,28% и 66,28%, в свою очередь, свидетельствуют о снижении критики в процессе заболевания.

У женщин с поздним манифестом заболевания обнаруживаются более высокие показатели по шкалам: «самообвинение» (78,84%) и «ожидаемое отношение от других» (62,47%). В процессе заболевания формируется постоянное ожидание положительных или негативных оценок со стороны окружающих со склонностью к самобичеванию.

По методу «Кто Я» в двух группах женщин обнаружен кризис социальной идентичности, выражающийся в таких особенностях как описание себя в форме негативных высказываний (82,61% и 79,31%), наличии диффузных (44,83% и 17,39%) или амбивалентных (94,83% и 95,65%) суждений, поисковой активности (36,21% и 43,48%).

Таким образом, в процессе болезни происходит деформация социальной идентичности. Ранний возраст начала заболевания вызывает более выраженную деформацию социальной идентичности, отражает яркую картину кризиса социальной идентичности у женщин с алкогольной зависимостью. Деформация социальной идентичности проявляется в следующих особенностях:

1. Внутренней дезинтеграции в таких жизненных сферах как «мое здоровье»; «моя семья»; «мое будущее».
2. Низкой удовлетворенности в сферах «внутренний мир» и «я и общество».
3. Снижению критики в процессе заболевания, проявляющейся в высоком уровне общей интеграции себя и своих способностей.
4. Наличии индикаторов кризиса: описании себя в форме нега-

тивных высказываний, диффузной или амбивалентной оценки своего состояния, поисковой активности.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Психология социального познания. М., - 2000.
2. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – М.: Речь, 2007.
3. Иванова Н.Л. Психологическая структура социальной идентичности// Автореферат на соиск. уч. ст. докт. психол. наук. Ярославль, 2003.
4. Козлов А.А., Клименко Т.В., Потапов А.В. Преодоление стигматизации наркологических больных // Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению». М., 2011.
5. Кошкина Е.А. Распространенность злоупотребления психоактивными веществами и его последствия // Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации и оказания наркологической помощи населению». - М., 2011.
6. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии. Казань: изд. дом «Мир без границ», 2006.
7. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. - М., 1996.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОМАКОРОМ.

Чернятина М.А., Костина Н.Л.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают 1-е место в структуре смертности развитых стран мира, составляя 301 на 100000 населения. В России она более чем в 2 раза выше и достигает 645 на 100000 [4,20]. Помимо неуклонного роста смертности, ССЗ приводят к ранней инвалидизации и снижению социально-трудовой адаптации населения, нанося огромный урон экономике государства [1,31, 6,23].

Одной из основных причин ССЗ является атеросклеротический процесс, который, как правило, носит системный характер [1,31, 7,54]. Согласно мнения большинства авторов, ключевым звеном в патогенезе атеросклероза является дислипидемия.

В последние годы в терапии ИБС появилась новая группа препаратов – ω -3 полиненасыщенные жирные кислоты (ω -3 ПНЖК), применение которых обусловлено их способностью воздействовать на различные звенья атеросклеротического процесса: гипертриглицеридемию, рост атеросклеротической бляшки, дисфункцию эндотелия и др. [2,638, 3, 67]. Учитывая

указанные эффекты Омакора, представляется целесообразным изучение особенностей его действия на состояние липидного профиля в группе пациентов с системным поражением сосудистого русла, в частности, у больных ИБС в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) [8,36, 10,4].

В исследование были включены 2 рандомизированные группы больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в сочетании с ОАСНК и хронической артериальной недостаточностью (ХАН) II стадии (по Покровскому) - 46 мужчин и 5 женщин в возрасте $62,2 \pm 1,3$ года. Диагноз был верифицирован на основании клинических данных, результатов суточного мониторирования ЭКГ, значения лодыжечно-плечевого индекса (менее 0,9) [5,20]. У 67,5% больных имела место гипертоническая болезнь 1-2 степени, III стадии. Целевой уровень артериального давления был достигнут медикаментозно.

Всем участникам исследования назначалась базисная терапия, которая включала антагонисты кальциевых каналов (Амлодипин 5-10 мг/сут.), ингибиторы АПФ (Эналаприл 10-40 мг/сут.), антиагреганты (Кардиомагнил 75 мг/сут., Пентоксифиллин перорально 1200 мг/сут.), статины (Аторвастатин 10-20 мг/сут.).

Пациенты основной группы (24 человека) в дополнение к базисной терапии получали Омакор в дозе 1 г в сутки в течение 3 мес. Больные контрольной группы (27 человек), принимали только базисные препараты.

Методы исследования включали общеклинические тесты (жалобы, сбор анамнеза, объективный осмотр), оценку липидного спектра крови, объемную сфигмография с определением лодыжечно-плечевого индекса (АВІ), суточное мониторирование ЭКГ.

При сборе анамнеза проводилось анкетирование больных по вопросам переносимости физической нагрузки, возникновения ощущений дискомфорта, перебоев в области сердца, кардиалгий, явлений ангинозных болей и перемежающейся хромоты.

Оценка указанных показателей проводилась до лечения, через 1 и 3 мес. с момента включения.

Статистическая обработка результатов проводилась стандартными методами параметрической статистики с использованием компьютерной программы Statistica 6.0 с расчетом критериев Стьюдента, Ньюмена-Кейлса, критерия χ^2 .

Оценка результатов 3 месячного курса лечения ω -3 ПНЖК больных ИБС в сочетании с ОАСНК свидетельствовала о хорошей переносимости препарата Омакор: побочные эффекты не были зарегистрированы ни у одного из пациентов. На протяжении 3 мес. терапии все участники исследования отмечали улучшение самочувствия: увеличение физической активности, субъективное уменьшение дискомфорта в области сердца, кардиалгий и ощущения "перебоев" в работе сердца. Увеличилась дистанция ходьбы без явлений перемежающейся хромоты и ангинозных болей.

Влияние Омакора в составе комплексной традиционной терапии на липидный спектр представлено в табл. 1.

Включение в комплексную терапию Омакора привело к усилению гиполипидемической эффективности традиционных схем лечения ИБС. К концу 3 мес. лечения уровень содержания общего холестерина в крови снизился на 11,9% ($p < 0,05$; рис. 1), в то время как в контрольной группе его концентрация практически не изменилась.

На фоне терапии Омакором была выявлена динамика уровня ХС ЛНП. К концу 3 мес. терапии в основной группе наблюдалось снижение значения уровня ХС ЛНП на 14,4% ($p < 0,05$; рис. 1). В контрольной группе изменений не зарегистрировано.

При оценке состояния липидного спектра крови установлена способность Омакора повышать концентрацию ХС ЛВП. К концу 3 мес. лечения содержание ХС ЛВП в сыворотке крови в основной группе увеличилось на 13,2% по сравнению с исходными значениями и составило 1,86 ($p < 0,05$; рис. 1). В контрольной группе уровень ХС ЛВП на протяжении всего исследования сохранялся на исходном уровне.

Таблица 1

Динамика показателей липидного спектра у больных ИБС в сочетании с ОАСНК на фоне терапии Омакором ($M \pm m$)

Показатель	Группа	Период наблюдения		
		До лечения	1 месяц	3 месяца
Общий холестерин (ммоль/л)	Основная группа	5,46±0,19	5,38±0,17	4,96±0,12*
	Контрольная группа	5,09±0,21	5,19±0,23	5,09±0,20
Холестерин ЛНП (ммоль/л)	Основная группа	3,06±0,15	2,82±0,15	2,60±0,13*
	Контрольная группа	3,04±0,15	3,07±0,13	3,11±0,11
Холестерин ЛВП (ммоль/л)	Основная группа	1,66±0,08	1,78±0,07	1,86±0,07*
	Контрольная группа	1,72±0,10	1,75±0,08	1,80±0,09
ТГ (ммоль/л)	Основная группа	1,74±0,10	1,50±0,09*	1,40±0,08*
	Контрольная группа	1,60±0,14	1,53±0,11	1,39±0,10

Примечание. * - $p < 0,05$ достоверность различий по сравнению с параметрами до лечения.

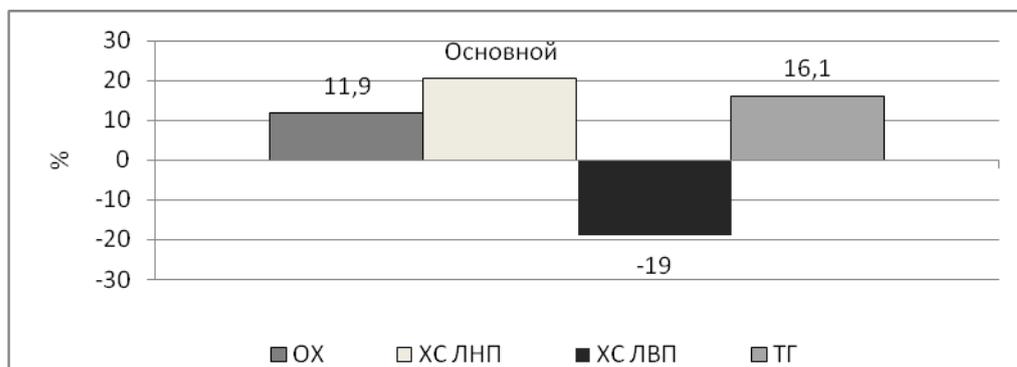


Рисунок 1. Процентные различия концентраций липидов крови у больных ИБС в сочетании с ОАСНК через 3 мес. лечения Омакором.

При анализе липидограммы концентрация ТГ в группе больных, получавших Омакор, через 1 мес. терапии снизилась на 11,7% ($p < 0,05$), в то время как в контрольной группе его содержание не изменилось. К концу 3 мес. комплексной терапии Омакором уровень ТГ в крови снизился на 16,1% по сравнению с исходными значениями (рис. 1). Традиционная терапия не привела к значимым изменениям.

Согласно полученным результатам, терапия Омакором оказывала влияние на отдельные параметры липидного спектра крови. Это согласуется с данными метаанализа большого числа клинических исследований [2,12], где было установлено влияние концентрата ω -3 ПНЖК как на весь липидный спектр крови, так и на отдельные его фракции, в частности на ТГ [1,32, 8,37 12,4].

Наиболее выраженным свойством Омакора, согласно литературным данным, является его гипотриглицеридемическое действие, которое было продемонстрировано и в нашем исследовании. Заметные результаты развивались уже к концу 1 мес. исследования, усиливаясь к концу 3 мес. Некоторые авторы связывают подобные изменения с уменьшением синтеза ТГ и аполипопротеина В (апо-В) в печени [13,550]. Другие – указывают на уменьшение синтеза хиломикрон в кишечнике и облегчение контакта ненасыщенных хиломикрон с липопротеинлипазой [9,88, 14,31].

На фоне комплексной терапии ω -3 ПНЖК были выявлены изменения и других фракций липидного спектра плазмы крови. В ходе нашего исследования было выявлено снижение уровня ХС ЛНП до 20,5%. Литературные сведения о влиянии ω -3 ПНЖК на ХС ЛНП и их основной белок – апо-В немногочисленны [14,35], а механизмы снижения ХС ЛНП противоречивы. Значительный интерес представляют результаты анализа уровня ХС ЛВП на фоне комплексной терапии Омакором. По данным одних авторов, некоторое повышение концентрации ХС ЛВП в сыворотке крови может быть следствием увеличенного образования ЛВП-подобных фрагментов из частиц ХС ЛОНП при их ω -3 ПНЖК-опосредованном липопротеидлиполизе, так называемых пре-бЛВП, обладающих высокой способностью акцептировать, т.е. удалять ХС с клеточных мембран [8,39].

Результаты, полученные в нашем исследовании превосходят результаты, полученные в других работах. Это может быть связано с явлениями синергизма между ω -3 ПНЖК и статинами. Преимущества сочетанной терапии статинов и Омакора были продемонстрированы в ряде крупных международных исследований. Результаты исследования JELIS показали, что применение комбинации ω -3 ПНЖК+статинов оказывает более выраженное гипотриглицеридемическое действие. Кроме того отмечалось достоверно более выраженное снижение концентрации ХС ЛНП в крови (на 10%). В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании COMBOS (COMBination of prescription Omega-3 with Simvastatin). При этом добавление ω -3 ПНЖК в дозе 4 г к терапии статинами (симвастатин 40 мг) у больных с концентрацией ТГ в крови в диапазоне от 2,26 до 5,65 ммоль/л вызывало снижение уровня ТГ примерно на 30% [11, 1356].

Таким образом, у больных ИБС в сочетании с ОАСНК Омакор оказывал гиполипидемический эффект, уменьшая уровень ОХ, ХС ЛНП, ТГ и повышая концентрацию ХС ЛВП. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования Омакора у больных ИБС в сочетании с ОАСНК с целью лечения и профилактики дислипидемий, для усиления липидснижающего действия статинов, что в конечном счете будет вести к уменьшению сердечно-сосудистых осложнений и смертности в данной группе больных.

Список литературы

1. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза / Д.М. Аронов. – М.: Триада-Х, 2000. – 412 с.
2. Аронов Д.М. Место ω -3 полиненасыщенных жирных кислот в лечении и профилактике атеросклероза и ИБС / Д.М. Аронов // Русский медицинский журнал (Кардиология). – 2006. - №20.
3. Бакшеев В.И. Профилактика атеросклероза // Новая аптека: аптечный ассортимент. – 2009. - № 5, С. 67-69.
4. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С. и соавт. Высокая смертность от ИБС в Российской Федерации: проблемы формирования статистических данных (по результатам Российского многоцентрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС–Резонанс). – Сердце. – 2010. - №1. – С.19–25.
5. Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий: Рекомендации Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. — Москва. – 2007. – 112 с.
6. Жданов В.С. Эволюция и патология атеросклероза у человека / В.С. Жданов, А.М. Вихерт, Н.Г. Стернби. – М.: Триада-Х, 2002. – 143 с.
7. Климов А.Н. Липиды, липопротеиды и атеросклероз / А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева – Спб.: Питер, 1995. – 304 с.
8. Перова Н.В. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты в профилактике заболеваний, связанных с атеротромбозом: от снижения

риска до снижения смертности после инфаркта миокарда // Фарматека. – 2006. - №19. - С. 36-40.

9. Погожева А. В. Сердечно-сосудистые заболевания, диета и ПНЖК ω -3. А.В. Погожева / М.: Москва, 2000. – 320 с.

10. Применение ω -3 полиненасыщенных жирных кислот 90% для лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Заключение совещания экспертов, декабрь 2010 года. // Кардиология (Kardiologia). – 2011. - №2. – С. 4-7.

11. Davidson M.H. Efficacy and tolerability of adding prescription omega-3 fatty acids 4 g/day to simvastatin 40 mg/day in hypertriglyceridemic patients: an 8-week randomized, double-blind, placebo-controlled study / Davidson M.H., Stein E.A., Bayes H.E., et al. // Clin Ther 2007. Vol. 29. – P. 1354—1367.

12. Harris WS. Dietary fish oil and blood lipids / Harris WS // Current Opinion in Lipidology. – 1996. – 7:3–7.

13. Leaf A. Cardiovascular effects of n-3 fatty acids / Leaf A, Weber PC. // N Engl J Med. – 1988. – 318(9): 549-57.

14. Norum K. R. Dietary fat and blood lipids / Norum K. R. // Nutr. Rev. – 1992. – 50:4:2:30-37.

ПРОБЛЕМА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА В ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

Шестопалова Л.Ф.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»,
г. Харьков, Украина

Одной из актуальных проблем современной медицинской психологии является изучение психологических факторов лечебно-реабилитационного процесса, которые связаны с индивидуально-психологическими характеристиками врача, пациента и особенностями их взаимодействия.

В современной системе здравоохранения происходят коренные изменения, связанные с реформированием системы отношений «врач – пациент», внедрением принципа партнерства в их взаимодействие. Проблема сотрудничества, предоставления пациентам роли активного участника терапии и реабилитации широко обсуждается в рамках медицинской психологии с целью оптимизации психологических факторов лечебного процесса. В этом контексте особое место занимает проблема терапевтического альянса, складывающегося между врачом и больными с различными формами психических и неврологических расстройств.

Впервые понятие «терапевтический альянс» (ТА) предложила психотерапевт психоаналитического направления Э. Зетцель в 1956 году. Она обозначала термином «терапевтический альянс» продукт глубоких и ранних интерпретаций переноса, который способствует снижению тревоги

пациента и ослабляет сопротивление лечению [2, 370]. Позже понятие «терапевтический альянс» стало активно использоваться и в других направлениях психотерапии, где под ним понимали особые взаимоотношения между терапевтом и клиентом, которые основываются на партнерстве, доверии и обеспечивают позитивный результат лечения [1, 582, 744].

Оптимизация лечебного процесса, повышение его эффективности требует научной разработки проблемы терапевтического альянса, выявления закономерностей и условий его формирования.

Целью исследования является изучение типологических особенностей терапевтического альянса между врачом и больными с психоневрологическими расстройствами, условий его формирования.

В своем исследовании под терапевтическим альянсом мы понимаем сложноорганизованную динамичную систему межличностных взаимоотношений и взаимодействий между врачом и пациентом, которая формируется, развивается и функционирует в процессе лечения и влияет на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

В исследовании приняло участие 39 врачей, из них – 22 невролога и 17 психиатров. Было обследовано 110 больных с неврологическими и психическими расстройствами. Первую группу обследованных составили 48 больных с разными формами сосудистой патологии головного мозга, во вторую группу вошли 32 больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, третью группу составили 30 больных с разными формами депрессии.

Основными диагностическими критериями оценки терапевтического альянса являются: 1) распределение ответственности между врачом и больным за результат лечения, 2) уровень контроля врача за выполнением пациентом медицинских назначений, 3) уровень комплайенса, 4) особенности коммуникативного взаимодействия врача и пациента, 5) степень эмпатийности, 6) характер обмена информацией между участниками лечебного процесса и 7) уровень доверия пациента.

Типологическая классификация включает следующие формы терапевтического альянса:

1. Партнерский альянс является наиболее благоприятной формой терапевтического альянса. Он основывается на высокой эмпатии, открытости, доверии, сотрудничестве и взаимной ответственности за результат лечения.

2. При эмпатийно-регламентирующем альянсе высокая эмпатийность сопряжена с доминирующей позицией врача и пассивной стратегией взаимодействия больного, который характеризуется низким уровнем ответственности за результат лечения.

3. Нейтрально-регламентирующий альянс отличается нейтральным эмоциональным фоном взаимодействия. Врач занимает доминирующую позицию, у пациента превалирует пассивная стратегия взаимодействия и низкий уровень ответственности.

4. Эмпатийно-формальный альянс основывается на эмпатийности в сочетании с низким уровнем сотрудничества и личной ответственности за результат лечения.

5. Формально-дистантный альянс является наиболее неблагоприятным. В рамках данного альянса низкая эмпатийность врача и пациента сопряжена с их взаимной отчужденностью и формальным сотрудничеством.

Врачи-неврологи и врачи-психиатры характеризуются сходными стратегиями взаимодействия с пациентами: доминирующей является эмпатийно-регламентирующая форма альянса (68,2% и 64,7% соответственно). У 27,3% неврологов и 23,5% психиатров преобладает партнерский альянс. В меньшей мере в обеих группах представлен нейтрально-регламентирующий альянс (4,7% и 11,8% соответственно).

Представленность форм терапевтического альянса у медицинских специалистов имеет определенную специфику в зависимости от гендерных и социально-демографических характеристик. Партнерские взаимоотношения с пациентами устанавливают преимущественно неврологи мужского пола (50,0%) и психиатры женского (42,9%). Также выявлено, что у врачей-неврологов с увеличением стажа работы уменьшается процентная доля эмпатийно-регламентирующего альянса с 75,0% до 64,7%, увеличивается партнерский альянс (с 25,0% до 29,4%) и появляется нейтрально-регламентирующий (5,9%). У врачей-психиатров наблюдается иная тенденция: у них уменьшается представленность партнерского (с 33,3% до 18,2%) и эмпатийно-регламентирующего альянсов (66,7% и 63,6%) и тоже появляется нейтрально-регламентирующий альянс (18,2%).

Большинство медицинских специалистов независимо от пола, стажа работы и специализации наиболее эффективным считают партнерский альянс (50,0% неврологов и 47,1% психиатров). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии у части врачей определенной диссоциации между реальной и оптимальной формами ТА, что может являться одним из факторов возникновения у них синдрома эмоционального выгорания.

У медицинских специалистов, которые приняли участие в исследовании, отсутствует синдром эмоционального выгорания, но отдельные его симптомы имелись у 90,9% врачей-неврологов и 58,8% врачей-психиатров. Необходимо отметить, что у врачей, которые формируют преимущественно партнерский альянс в большей мере, чем у их коллег с доминированием регламентирующих стратегий взаимодействия выражено истощение эмоциональных ресурсов ($16,75 \pm 8,14$ и $5,55 \pm 4,48$ балла соответственно ($p < 0,05$)). Однако оно проявляется преимущественно вне сферы профессиональной деятельности в виде сокращения межличностного общения с микросоциальным окружением. Выявленную специфику можно объяснить тем, что установление партнерских отношений врача с различными пациентами требует от него больших эмоциональных затрат, что в последствии может приводить к формированию симптомов эмоционального выгорания.

Анализ полученных результатов позволил выявить наиболее типичные коммуникативные особенности врачей, которые взаимодействуют с больными в рамках разных форм терапевтического альянса. Для врачей-неврологов и врачей-психиатров с доминированием партнерского альянса характерными являются гибкий коммуникативный стиль и широкий диапазон коммуникативных ресурсов ($38,8 \pm 10,2$ и $20,3 \pm 19,6$ балла соответственно). Врачи, у которых преобладают регламентирующие взаимоотношения с пациентами, демонстрируют преимущественно ограниченный диапазон коммуникативных навыков и стремятся сводить к минимуму проявление своих эмоций во взаимодействии с социальным окружением ($42,1 \pm 22,7$ и $56,2 \pm 15,0$ балла соответственно).

У больных с неврологическими расстройствами доминирует эмпативно-регламентирующая форма альянса (45,8%), в одинаковой мере представлены партнерский и нейтрально-регламентирующие альянсы (по 25,0%) и минимально – эмпативно-формальный (4,2%). В отличие от них у больных с расстройствами шизофренического спектра и разными формами депрессии превалирует нейтрально-регламентирующий альянс (50,0% и 43,3% соответственно), они стремятся минимизировать эмоциональный компонент общения. Партнерские взаимоотношения с врачом устанавливают 37,5% пациентов с шизофренией и 23,3% обследованных с депрессией. Меньше всех представлен в рамках данных групп пациентов эмпативно-формальный альянс (3,4% больных с депрессией) и отсутствует формально-дистантный.

Представленность форм ТА у пациентов изменяется в зависимости от их гендерных и клинических характеристик. Больные с неврологическими расстройствами женского пола чаще, чем мужчины устанавливают партнерские взаимоотношения с врачом (34,6% и 13,6% соответственно). У больных шизофренией выявлена противоположная тенденция: у мужчин превалирует партнерский альянс (44,4% обследованных), а у женщин – нейтрально-регламентирующий (64,3%). Пациенты с депрессией женского пола также взаимодействуют с врачом преимущественно в рамках нейтрально-регламентирующей формы ТА (43,5%), а мужчины склонны устанавливать эмпативно-регламентирующие взаимоотношения (42,8%).

Таким образом, врачи-неврологи и больные с неврологическими расстройствами имеют конвергентные стратегии взаимодействия в ходе лечебного процесса, а у психиатров и больных с психическими расстройствами выявлена тенденция к дивергенции в оценке терапевтического альянса. Необходимо подчеркнуть тот факт, что большинство пациентов, как и медицинских специалистов оптимальной формой терапевтического альянса считают партнерскую (40,0% всех больных).

Выводы. Результаты проведенного исследования позволили определить, что медицинские специалисты взаимодействуют с пациентами преимущественно в рамках эмпативно-регламентирующего альянса. Данный альянс является доминирующим также и у больных с неврологическими

расстройствами, а у больных с психическими расстройствами превалирует нейтрально-регламентирующий альянс.

Были выделены значимые психологические факторы, которые влияют на функционирование терапевтического альянса. Так, формирование партнерского альянса у врачей сопряжено с широким диапазоном их коммуникативных ресурсов, высокой эмпатией и сопровождается выраженными симптомами эмоционального выгорания. Доминирование регламентирующих форм терапевтического альянса связано со стереотипностью коммуникативного стиля и негативно коррелирует с истощением эмоциональных ресурсов медицинских специалистов.

Установлению партнерского альянса способствует высокий уровень комплайенса пациентов и их удовлетворенность взаимоотношениями с врачами, а затрудняет его формирование дисфорический тип отношения к болезни. Преобладание регламентирующих форм терапевтического альянса связано с позитивной репрезентацией «я-образа» и лечебного учреждения, интроверсией в сочетании с низкой эмпатией, высоким уровнем субъективного контроля, репрезентацией заболевания как негативного явления. Затрудняет установление данных форм альянса низкий уровень субъективного контроля, тревожный и сенситивный типы отношения к болезни.

Список литературы

1. Клиническая психология: Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б.Д. Карварского. – СПб.: Питер, 2007. – 960 с.
2. Zetzel E. Current concepts of transference / E. Zetzel // International journal of Psycho-Analysis. – 1956. – № 37. – P. 369-376.

ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ, ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ ЖКТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Щепотина Т.А.

Региональный открытый социальный институт, г. Курск, Россия

Проблемы психосоматических расстройств в детском возрасте с течением времени приобретает все большее значение. В последние годы среди детского населения значительно увеличилась частота неинфекционной патологии пищеварительного тракта. Хронический гастродуоденит является тем патологическим фоном, на котором развивается язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, являющаяся классическим примером психосоматозов (Коркина М.В., Марилов В.В., 1987; Мазурин А.В., Запруднов А.Н., Цветкова Л.И., 1989; Alexander F., 1997).

По мнению ряда авторов, это связано со значительным ухудшением экологической и социальной обстановки, увеличением количества психотравмирующих факторов, создающих чрезмерную нагрузку на нервную

систему ребенка, а также с рядом иных факторов: изменение темпа и образа жизни людей, ростом социальной напряженности, нерациональное и нерегулярное питание, рост иммунодефицитных состояний, аллергических, инфекционных и наследственных заболеваний, а также в генезе играют роль психогенные, эмоциональные и психологические факторы, неблагоприятная обстановка в семье, сложные отношения между родителями, между родителями и ребенком (Аванесов Е.Г., 1993; Кубергер М.Б., Зарогинцев А.В., Капустин А.В., 1989; Филимонов Р.М., 1999).

Увеличение частоты психосоматических заболеваний ЖКТ у детей и подростков во многом связано с недостаточным уровнем диагностики и отсутствием психопрофилактического подхода к их терапии. Выявление психосоциальных факторов, способствующих возникновению и усугублению данной патологии у детей и подростков, позволит осуществлять дифференцированные психопрофилактические и терапевтические воздействия (Дорофеев Г.И., Успенский В.М., 1984).

Целью нашего исследования являлось изучение личностных характеристик детей и подростков с психосоматическими заболеваниями ЖКТ, выявление особенностей детско-родительских отношений и разработка путей коррекции при данной патологии.

Анализ данных показывает, что заболевание органов пищеварения особенно распространены в 6 лет $X_{ср.}=2,34$, 11-12 лет $X_{ср.}=5,31$. Самый высокий уровень показателя отмечается в 12 лет $X_{ср.}=5,0$. Это дает основание считать, что формирование неинфекционных заболеваний органов пищеварения приходится на препубертатный период (12 лет). Основной пик заболеваемости мальчиков отмечается на год позже (12 лет), чем у девочек (11 лет), это объясняется тем, что возрастнополовые своеобразия в препубертатном периоде начинается более ранней нейрогормональной перестройкой у девочек, что соответствует литературными данными.

Проведенное нами исследование личностных особенностей у детей и подростков с диагнозом «Хронический гастродуоденит» показало, что у детей и подростков по данным «Патохарактерологического диагностического опросника» А.Е. Личко, отмечаются преимущественно следующие типы акцентуаций: эпилептоидный $X_{ср.}=8,33$, психастенический $X_{ср.}=7,78$ и сенситивный $X_{ср.}=7,14$.

По данным цветового теста Люшера выявлены следующие характеристики эмоционального состояния детей и подростков: настороженность, негативное состояние, протест по отношению к различным запретам, нежелательное ограничение, стремление уйти от психогенной ситуации, от проблем, не решая их. Колебание настроения зависит от степени принятия его окружением, успешности своих действий. Чувствуют беспокойство в связи со скрываемым желанием получить помощь, поддержку. Проявляют повышенное требование к окружающим, к окружающей ситуации. Ощущают потребность в защите и социальной поддержке.

Для исследования сферы межличностных отношений ребенка и его восприятия внутрисемейных отношений предназначена детская проективная методика Рене Жиля. Цель методики состоит в изучении социальной приспособленности ребенка, а также его взаимоотношений с окружающими. Методику Р. Жиля нельзя отнести к числу проективных, она представляет собой форму, переходную между анкетой и проективными тестами. В этом ее большое преимущество. Она может быть использована как инструмент глубинного изучения личности, а также в исследованиях, требующих и статистической обработки. По полученным результатам методики Рене Жиля можно судить о достаточно широком круге личностных особенностей ребенка, таких как стремление к отгороженности от контактов с людьми, принятие пассивного способа поведения, фрустрированность, неуверенность в себе, агрессивность, выявляется скрытое желание поступать по-своему, склонны к давлению, излишне зависимы от матери, нуждаются в постоянной ее опеке. Полученные данные свидетельствуют о состоянии эмоционального стресса, вызванного ситуацией заболевания.

При исследовании личностных особенностей (по данным «теста-опросника родительского отношения» А.Я. Варга, В.В. Столина) у детей и подростков с патологией органов пищеварения отмечено, что в становлении аномалий характера наряду с факторами, связанными непосредственно с соматической болезнью, существенное значение имеют, обусловленные спецификой семейных отношений. Во многих семьях выявлены неправильные типы воспитания: «Симбиоз»- $X_{cp.}=8,33$, при котором родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком, то есть ощущает себя единым целым с ребенком, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родители оказываются в «позиции ребенка». Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка. Ребенок ему кажется маленьким и беззащитным. Родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда; «маленький неудачник»- $X_{cp.}=5,77$, который отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. Родители стремятся инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. Ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. В связи с этим родитель стремится оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия; «авторитарная гиперсоциализация» - $X_{cp.}=3,35$, которая отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. В родительском отношении наблюдается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, стараясь навязать ему свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявление своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит и за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями,

привычками, мыслями, чувствами, как правило, соответствующий стиль воспитания в родительской семье с первых лет жизни ориентирует на исполнении статусной социальной роли, формирует такие социально-психологические черты личности, как обязательность, ответственность, формализованная приверженность долгу и морально-этическим нормам, непомерное честолюбие.

Внутрисемейные отношения изучались с помощью методики PARI. Характерными отношениями родителей к различным сторонам семейной жизни (семейной роли), выявляемые с помощью методики PARI, можно отнести такие как зависимость от семьи — $X_{cp.}=8,43$, это те родители, которые чувствуют, что они отвергаются детьми; согласно нашей интерпретации полученных результатов, это отчаявшиеся родители, желающие позитивного отношения и подтверждения его со стороны детей, но не получающие этого в желаемом объеме.

Излишняя строгость – $X_{cp.}=7,13$, родители в отношении с детьми избегают глубоких эмоциональных взаимоотношений, требующих сопереживания и эмпатического чувствования, отмечается первичная эмоциональная депривация, т.е. раннее ограничение в эмоциональных связях и недостаточного удовлетворения потребности в привязанности и поддержке. Эмоциональные связи в таких семьях не формируют у ребенка чувства защищенности, лишают его ощущения поддержки и взаимопонимания.

Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка и сверхавторитет родителей — $X_{cp.}=5,23$, стремление ускорить развитие ребенка — $X_{cp.}=4,17$, в таких семьях отмечается излишняя концентрация на ребенке, чрезмерная забота, установление отношений зависимости, подавление воли.

По данным опросников, в семьях, имеющих детей с заболеванием ЖКТ, были отмечены различные варианты нарушений семейного воспитания, преимущественно в виде гиперопеки, которая способствует формированию у детей интроверсии, повышенной чувствительности, неустойчивости к психогенным воздействиям.

Таким образом, при хронических заболеваниях пищеварительной системы у детей и подростков наблюдается две группы личностных особенностей: первая группа характеризуется аффективной взрывчатостью, склонностью к дисфории, педантизмом; вторая группа - впечатлительностью, робостью, ранимостью, тревожностью, излишней напряженностью, чрезмерным самоконтролем. Изучение восприятия ребенком внутрисемейных отношений показало, что у детей и подростков в основном наблюдается, негативное эмоциональное состояние, в связи с протестом по отношению к различным запретам, ограничениям, поведенческие реакции характеризуются в одних случаях стремление уйти от психогенной ситуации, принятие пассивного способа поведения, в других случаях агрессивностью, выявляется скрытое желание по-

ступать по-своему, склонны к давлению, что связано с преморбидными личностными особенностями.

Отмечено, что в формировании изменений характера при «Хроническом гастродуодените» наряду с факторами, связанными непосредственно с соматической болезнью, существенное значение имеют проблемы, обусловленные спецификой семейных отношений. В большинстве семей выявлены неправильные типы воспитания в виде гиперопеки, симбиотических отношений, «маленький неудачник» и «авторитарная гиперсоциализация». Отношение родителей к семейной жизни характеризовались как зависимость от семьи, излишняя строгость, чрезвычайное вмешательство в мир ребенка, сверхавторитет родителей, стремление ускорить развитие ребенка.

Список литературы

1. Аванесов Е.Г. Психоневрологические и психологические особенности детей с патологией органов пищеварения / Аванесов Е.Г. // Педиатрия.- 1993. № 1.- С. 99-102.
2. Коркина М.В., Марилов В.В. Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний ЖКТ / Коркина М.В., Марилов В.В. // Невропатология и психиатрия. - 1987. № 11.- С.84-87.
3. Кубергер М.Б., Зарогинцев А.В., Капустин и др. Состояние вегетативной нервной системы при психоэмоциональной нагрузке у детей с неинфекционной патологией желудочно-кишечной патологией / Кубергер М.Б., Зарогинцев А.В., Капустин и др. // Вопросы охраны материнства и детства. -1989. -Т. 34, № 8. - С. 15-17.
4. Мазурин А.В., Запруднов А.Н., Цветкова Л.И. Итоги и перспективы развития детской гастроэнтерологии / Мазурин А.В., Запруднов А.Н., Цветкова Л.И. // Педиатрия. - 1989. № 4. - С. 66-69.
5. Филимонов Р.М. Подростковая гастроэнтерология / Филимонов Р.М. Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1999. - 283 с.
6. Alexander F. Psychosomatische Medizin. Berlin. 1997.P. 135.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СКЛОННОСТИ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 11-12 ЛЕТ

Юркияш К.Ф.

Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия

Проблема отклоняющегося поведения изучается давно, но несмотря на это в современном мире она не становится менее актуальной. Дело в том, что девиантное поведение, как правило, закладывается в подростковом возрасте, ведь в течение этого периода происходит своеобразный пе-

реход от детства к взрослости, от незрелости к зрелости, который пронизывает все стороны развития подростка: анатомофизиологическое строение, интеллектуальное, нравственное развитие, а также разнообразные виды его деятельности. [4, 15]. МКБ -10 относит синдром дефицита внимания с гиперактивностью к классу психических расстройств и расстройств поведения, блоку эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте, рубрике F90. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью является серьезной социальной проблемой, так как встречается у большого количества детей (по данным разных исследований, им страдают от 2,2 до 18%) и очень мешает их социальной адаптации. Так, известно, что дети, страдающие синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, входят в группу риска по развитию в дальнейшем алкоголизма и наркомании. В данный период наблюдается увеличение числа младших подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, но без наличия данного диагноза. В связи с этим актуальным является изучение взаимосвязи склонности к отклоняющемуся поведению с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Объект исследования - младшие подростки с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Предмет исследования - взаимосвязь склонности к отклоняющемуся поведению с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. При проведении исследования была использована следующая группа методов: структурированное интервью; методика определения склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орла; тест Тулуз-Пьерона в модификации Л.Я. Ясюковой; нейропсихологическое исследование включает в себя изучение конфликтной произвольной деятельности, сложных двигательных программ, динамического праксиса, кинестетической организации предметных действий. Мы предполагаем, что результатом данного исследования должно явиться выявление наличия взаимосвязи склонности к отклоняющемуся поведению с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Список литературы

1. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. - СПб., 2005.
2. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. - М., 2000.
3. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М., 1999.
4. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. Академический проект., 2005.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. **Лазаренко Виктор Анатольевич** ректор Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
2. **Конопля Александр Иванович** проректор по учебной работе Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
3. **Абакумова Ксения Николаевна** клинический психолог НП психологического центра «Доверие» города Курска
4. **Авдеева Наталья Викторовна** ассистент кафедры внутренних болезней № 2 Курского государственного медицинского университета
5. **Агаркова Ольга Владимировна** ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС Сибирского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
6. **Акуленкова Мария Викторовна** клинический психолог БМУ «Курская областная клиническая больница», аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
7. **Анисимов Алексей Игоревич** старший преподаватель кафедры психологии здоровья Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы
8. **Аношкова Ирина Владимировна** аспирант Курского государственного университета
9. **Балыбин Дмитрий Николаевич** ассистент кафедры нормальной физиологии Курского государственного медицинского университета
10. **Баранов Валерий Иванович** заведующий кафедрой офтальмологии Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
11. **Баркова Валентина Леонидовна** заместитель директора Курского института социального образования (филиал) РГСУ по электронному федеральному социальному университету и инновационной работе, кандидат психологических наук
12. **Беликов Леонид Николаевич** профессор кафедры хирургических болезней ФПО Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, зав. отделением сосудистой хирургии МУЗ ГБ СМП
13. **Березовская Регина Анатольевна** доцент факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат психологических наук
14. **Богомазов Алексей Дмитриевич** доцент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета, кандидат

медицинских наук

15. **Богуцкая Наталия Казимировна** доцент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней Буковинского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
16. **Брежнев Андрей Юрьевич** доцент кафедры офтальмологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
17. **Бурухина Александра Валерьевна** клинический психолог МУЗ «Городской клинический перинатальный центр города Курска», аспирант кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета
18. **Василенко Татьяна Дмитриевна** декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук, доцент
19. **Волошина Наталья Борисовна** профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней Новосибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук
20. **Гавенко Владимир Леонидович** профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук
21. **Гайчук Лариса Михайловна** доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, кандидат медицинских наук
22. **Гарас Николай Нестерович** ассистент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней Буковинского государственного медицинского университета
23. **Георгиевская Наталья Владимировна** доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, кандидат медицинских наук
24. **Голубцов Виктор Васильевич** ассистент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
25. **Горецкая Анастасия Николаевна** аспирант кафедры психологии Национального аэрокосмического университета им. Н.Е. Жуковского «Харьковский авиационный институт»
26. **Горбань Виталий Васильевич** заведующий кафедрой поликлинической терапии Кубанского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук
27. **Григорова Ирина Анатольевна** заведующая кафедрой неврологии Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
28. **Грицай Людмила Александровна** ассистент кафедры социальной психологии и социальной работы Рязанского государственного университета имени С.А. Есенина

29. **Гурова Маргарита Михайловна** доцент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
30. **Делова Галина Васильевна** старший преподаватель кафедры социальной работы Курского государственного медицинского университета
31. **Дереча Виктор Андреевич** заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Оренбургской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор
32. **Дремова Нина Борисовна** декан факультета повышения квалификации, заведующая кафедрой педагогики Курского государственного медицинского университета, доктор фармацевтических наук, профессор, академик РАЕН
33. **Дробот Елена Владимировна** ассистент кафедры поликлинической терапии Кубанского государственного медицинского университета
34. **Дробот Наталья Николаевна** доцент кафедры инфекционных болезней и фтизиопульмонологии Кубанского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук Россия
35. **Дрынова Мария Викторовна** медицинский психолог ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курской области»
36. **Дубровин Григорий Михайлович** заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
37. **Егорова Татьяна Александровна** ассистент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
38. **Ерзин Александр Игоревич** ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Оренбургской государственной медицинской академии
39. **Жизневская Ирина Ивановна** ассистент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета
40. **Жиляева Юлия Александровна** аспирант кафедры внутренних болезней № 2 Курского государственного медицинского университета
41. **Завалишина Ольга Валентиновна** соискатель кафедры коррекционной психологии и педагогики Курского государственного университета
42. **Зайцева Галина Никифоровна** старший преподаватель кафедры нормальной физиологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
43. **Зайцева Людмила Юрьевна** ассистент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета, кандидат

медицинских наук

44. **Запесоцкая Ирина Владимировна** доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
45. **Землянских Любовь Григорьевна** ассистент кафедры офтальмологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
46. **Золотухина Юлия Вячеславовна** начальник Центра психофизиологической диагностики ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Курской области», аспирант кафедры психология здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
47. **Ившина Марина Евгеньевна** аспирант кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета
48. **Калинина Румия Рашидовна** доцент кафедры общей и социальной психологии Псковского государственного педагогического университета им. С.М. Кирова, кандидат психологических наук
49. **Каськова Диана Сергеевна** ассистент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
50. **Киреева Нина Николаевна** доцент кафедры психологии и педагогики профессионального и личностного роста Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат психологических наук
51. **Кливак Алеся Ростиславовна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
52. **Клычева Мархабо Абдурахмановна** ассистент кафедры психологии Бухарского государственного университета
53. **Клюй Ирина Евгеньевна** доцент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
54. **Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич** доцент кафедры нейро- и патопсихологии Московского городского психолого-педагогического университета, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма Научного центра психического здоровья РАМН
55. **Кожина Анна Михайловна** заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор

56. **Козловская Галина Юрьевна** доцент кафедры педагогики, психологии и специальных дисциплин Ставропольской государственной медицинской академии, кандидат психологических наук
57. **Копылова Полина Викторовна** ассистент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
58. **Коростелёва О.Е.** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
59. **Коростий Владимир Иванович** доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, кандидат медицинских наук
60. **Котова Дарья Викторовна** медицинский психолог ОКУСОКО «Областной медико-социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского» г. Курска
61. **Кришталь Валентин Евгеньевич** ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета
62. **Кузьмина В.М.** доцент кафедры психологии и педагогики КИСО (филиал) РГСУ, кандидат психологических наук
63. **Курова Лидия Васильевна** преподаватель педиатрии Медицинского колледжа Харьковского национального медицинского университета
64. **Кучкаров Умид** доцент кафедры психиатрии и наркологии Бухарского государственного медицинского института имени Авиценны, кандидат медицинских наук
65. **Ласков Виталий Борисович** заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН и МАН ЭБ
66. **Ласкова Ирина Витальевна** ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии Курского государственного медицинского университета
67. **Ласовская Татьяна Юрьевна** заведующая кафедрой клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, доцент
68. **Лассан Людмила Павловна** профессор Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник
69. **Лермонтов Павел Алексеевич** аспирант Новосибирского государственного медицинского университета
70. **Лещина Ирина Владимировна** ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета

71. **Литвиненко Ольга Андреевна** медицинский психолог Пятигорского филиала ГУЗ «Кисловодская психиатрическая больница», аспирантка кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена
72. **Литовкина Наталья Игоревна** студентка второго курса факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
73. **Малеева Мария Владимировна** студентка факультета педагогики и психологии Шуйского государственного педагогического университета
74. **Маркова Екатерина Сергеевна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
75. **Масалева Ирина Олеговна** ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии Курского государственного медицинского университета
76. **Маслова Екатерина Викторовна** ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета
77. **Метелева Ирина Геннадьевна** ассистент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
78. **Миронов Денис Игоревич** старший преподаватель НОУ ВПО «Институт психотерапии и клинической психологии»
79. **Михин Вадим Петрович** заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
80. **Мозговая Татьяна Петровна** профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, доцент
81. **Молчанова Людмила Николаевна** старший преподаватель кафедры социальной работы Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
82. **Мухтарова Хакикат Каримовна** заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Бухарского государственного медицинского института имени Авиценны, кандидат медицинских наук, доцент
83. **Недуреева Татьяна Валерьевна** старший преподаватель кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
84. **Немцова Светлана Вячеславовна** психолог отделения реабилитации инвалидов ГБУ ЦСО «Гольяново», аспирант НОУ «Столичная финансово-гуманитарная академия»
85. **Никитина Людмила Владимировна** ассистент кафедры педиатрии Курского государственного медицинского университета

86. **Никишина Вера Борисовна** заведующая кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета, профессор, доктор психологических наук
87. **Николаева Юлия Александровна** преподаватель кафедры физического воспитания Курской государственной сельскохозяйственной академии
88. **Новикова Светлана Николаевна** ассистент кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
89. **Овчинникова Ирина Викторовна** доцент Ивановской государственной медицинской академии, кандидат психологических наук
90. **Орешина Ирина Александровна** аспирант Курского государственного университета
91. **Павлов Виктор Константинович** доцент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
92. **Пасечник Ирина Петровна** ассистент кафедры общей практики – семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального медицинского университета, кандидат медицинских наук
93. **Пастух Инна Альбертовна** доцент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
94. **Пашина Ирина Владимировна** доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
95. **Пережигина Нина Валерьяновна** доцент кафедры общей психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова, кандидат психологических наук
96. **Петраш Екатерина Анатольевна** ассистент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
97. **Петрова Виктория Михайловна** студентка факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
98. **Плохих Юлия Александровна** заместитель директора ОКУСОКО «Областной медико-социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского города Курска»
99. **Погодин Игорь Александрович** директор научно-исследовательского фонда Института Гештальта, кандидат психологических наук, доцент
100. **Погосов Альберт Вазгенович** заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАЕН

101. **Проценко Анастасия Сергеевна** ассистент кафедры прикладной и социальной психологии Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова
102. **Реброва Нина Павловна** доцент Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, кандидат биологических наук
103. **Рогачева Татьяна Владимировна** заведующая кафедрой клинической психологии Уральской государственной медицинской академии, доктор психологических наук, профессор
104. **Рублева Наталья Владимировна** ассистент кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета
105. **Селин Александр Владимирович** доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
106. **Семено Анастасия Александровна** старший преподаватель кафедры теории и технологии социальной работы Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы, кандидат педагогических наук
107. **Семыкина Ю.В.** студентка второго курса факультета клинической психологии Курского государственного медицинского университета
108. **Симашкова Н.В.** заведующий отделом по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма Научного центра психического здоровья РАМН, доктор медицинских наук
109. **Симоненко Ирина Алексеевна** доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
110. **Слопова Г.** студентка 6 курса специальности «Психология» КИСО (филиал) РГСУ
111. **Смирнова Софья Владимировна** доцент Ивановской государственной медицинской академии, кандидат психологических наук
112. **Солодухина Дина Павловна** доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Курского государственного медицинского университета, кандидат социологических наук
113. **Сотников Владислав Андреевич** ассистент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета
114. **Степашов Николай Семенович** доцент кафедры педагогика Курского государственного медицинского университета, кандидат социологических наук
115. **Сторублева Оксана Леонидовна** студентка лечебного факультета Курского государственного медицинского университета

116. **Строева Анна Александровна** старший преподаватель кафедры психологии и педагогики КИСО (филиал) РГСУ, кандидат исторических наук
117. **Сурьянинова Татьяна Ильинична** доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук
118. **Ташина Татьяна Михайловна** старший преподаватель кафедры педагогики и психологии детства Шуйского государственного педагогического университета, кандидат психологических наук
119. **Тимошилов Владимир Игоревич** ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
120. **Тимофеева Ирина Владимировна** заведующая кафедрой физической реабилитации Екатеринбургского филиала Уральского государственного университета физической культуры, кандидат психологических наук, доцент
121. **Тихоненков Сергей Николаевич** ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
122. **Товажнянская Елена Леонидовна** профессор кафедры неврологии Харьковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, доцент
123. **Тонконог Инна Сергеевна** студентка факультета педагогики и психологии Шуйского государственного педагогического университета
124. **Туровская Наталья Григорьевна** преподаватель кафедры общей и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета, медицинский психолог Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы «Центр психического здоровья детей и подростков»
125. **Узлов Николай Дмитриевич** заведующий кафедрой психологии и социальной работы Березниковского филиала ФГБОУ ВПО «Пермский государственный национальный исследовательский университет», кандидат медицинских наук, профессор
126. **Филатова Татьяна Александровна** ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета
127. **Фролов Ярослав Александрович** главный врач МБУЗ «Городская клиническая больница № 12» города Новосибирска, аспирант Новосибирского государственного медицинского университета

128. **Хабаров Анатолий Алексеевич** профессор кафедры общей химии Курского государственного медицинского университета, доктор фармацевтических наук
129. **Хмелевская Ирина Григорьевна** заведующая кафедрой педиатрии Курского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор
130. **Ходжаева Н.И.** ассистент кафедры психиатрии и наркологии Бухарского государственного медицинского института имени Авиценны
131. **Хорлякова Ольга Викторовна** ассистент кафедры экономики и управления здравоохранением Курского государственного медицинского университета, кандидат фармацевтических наук
132. **Цветков Андрей Владимирович** доцент кафедры клинической психологии НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт кандидат психологических наук
133. **Чернышева Алла Викторовна** клинический психолог Московского научно-практического центра департамента здравоохранения, аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета
134. **Чернятина Марина Александровна** доцент кафедры внутренних болезней № 2 Курского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук
135. **Шапошников Александр Владимирович** ассистент кафедры нормальной физиологии Курского государственного медицинского университета
136. **Шевченко Анастасия Викторовна** клинический психолог НП Психологический центр «Доверие» г. Курска
137. **Шелепова Анастасия Юрьевна** студентка факультета клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета
138. **Шестопалова Людмила Федоровна** зав. отделом медицинской психологии ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», доктор психологических наук, профессор
139. **Щепотина Татьяна Александровна** кандидат психологических наук
140. **Юркшат Карина Феликсовна** психолог Центра психолого-медико-педагогической помощи замещающим семьям и постинтернатной адаптации выпускников, аспирант кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Лазаренко В.А.</i> Здоровьесберегающие технологии в медицинском университете.....	3
<i>Конопля А.И.</i> Психология здоровья как образовательный модуль и образовательная идеология.....	6
<i>Абакумова К.Н.</i> Психологическая поддержка ребенка, пережившего травматизацию, в условиях групповой работы с детьми.....	9
<i>Абакумова К.Н., Шевченко А.В.</i> Групповая игровая терапия как метод сохранения психического здоровья ребенка.....	11
<i>Авдеева Н.В., Михин В.П.</i> Влияние терапии кораксаном на состояние систоло-диастолической функции левого желудочка у больных хронической ишемической болезнью сердца в сочетании с двухсторонним поражением артерий нижних конечностей.....	16
<i>Агаркова О.В.</i> Сравнительный анализ работы стационара на дому для больных шизофренией по децентрализованному и централизованному типу.....	21
<i>Акуленкова М.В.</i> Деформация социально-психологической идентичности у больных с острой соматической патологией.....	24
<i>Аношкова И.В.</i> Особенности в развитии и применении игровых приемов при оптимизации межличностных отношений лиц с нарушениями зрения.....	26
<i>Антопольская Т.А., Байбакова О.Ю.</i> Психологические требования к проведению занятий с дошкольниками в условиях дополнительного образования.....	30
<i>Баркова В.Л.</i> Критерии профессионального здоровья государственных служащих.....	32
<i>Беликов Л.Н., Чернятина М.А., Савчук О.Ф., Гладченко М.П., Алфёрова Е.Н.</i> Дабигатрана этексилат в лечении венозного тромбоза.....	38
<i>Березовская Р.А.</i> Психология профессионального здоровья: основные направления исследований.....	40
<i>Богуцкая Н.К., Ченура О.Я.</i> Значение оценки алекситимии у детей школьного возраста, больных бронхиальной астмой.....	45
<i>Бурухина А.В.</i> Изучение особенностей качества контакта матери и ребенка в возрасте 3-4 месяцев.....	50

<i>Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> Изменение структуры жизненных ценностей и базовых потребностей личности в условиях хронического соматического заболевания.....	54
<i>Василенко Т.Д., Ившина М.Е.</i> Исследование взаимосвязи типа переживания беременности и удовлетворенности браком.....	59
<i>Гарас Н.Н.</i> Состояние эмоциональной сферы и качества жизни школьников, страдающих тяжелой и среднетяжелой бронхиальной астмой.....	64
<i>Голубцов В.В., Делова Г.В.</i> Категория здоровья: опыт системного подхода.....	67
<i>Горецкая А.Н.</i> Особенности комплайенса больных гипертонической болезнью и система его психокоррекции.....	72
<i>Грицай Л.А.</i> Авторитетное родительство как фактор формирования ментального здоровья подрастающего поколения.....	75
<i>Гурова М.М., Хмелевская И.Г., Жизневская И.И.</i> Особенности клинического течения и качество жизни у детей и подростков с хроническими гастродуоденитами при применении дополнительного перорального питания.....	80
<i>Дереча В.А.</i> Здоровье человека в аспекте потребностей личности и ее поведенческого профиля.....	85
<i>Дремова Н.Б.</i> Социологическое исследование значимости категории «здоровье» для студенческой аудитории.....	90
<i>Дремова Н.Б., Соломка С.В., Хорлякова О.В., Ярошенко Н.П.</i> Здоровье как общечеловеческая ценность: социологическое исследование потребителей лекарственных средств.....	95
<i>Дробот Е.В., Горбань В.В.</i> Качество жизни, характер постпрандиального гемодинамического ответа и уровень тревожности у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.....	99
<i>Дробот Н.Н.</i> Туберкулез органов дыхания у подростков – психоэмоциональный статус.....	101
<i>Дрынова М.В., Пережигина Н.В.</i> Феномен тела: материальное проявление нематериального существования личности.....	103

<i>Ерзин А.И.</i> Агрессия в структуре шизофренического патопсихологического симптомо- комплекса.....	106
<i>Жизневская И.И., Гурова М.М., Никитина Л.В., Богомазов А.Д.</i> Качество жизни детей школьного возраста с хроническими гастродуоденитами.....	108
<i>Жиляева Ю.А., Михин В.П., Костина Н.Л., Визиренко Н.А.</i> Эффективность терапии симвакардом у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).....	111
<i>Завалишина О.В.</i> Влияние интернет-зависимости на психическое здоровье учащейся молоде- жи.....	113
<i>Зайцева Г.Н., Балыбин Д.Н., Шапошников А.В.</i> Использование методов нетрадиционной медицины для коррекции донозологических изменений показателей сенсорной и сердечно-сосудистой систем у студентов.....	118
<i>Запесоцкая И.В.</i> Толерантность в системе отношений зависимой личности.....	122
<i>Землянских Л.Г., Баранов В.И., Брежнев А.Ю., Процкая И.В.</i> Психоэмоциональные нарушения у детей с прогрессирующей миопией.....	127
<i>Золотухина Ю.В.</i> Психологические факторы группы риска при профессиональном психологическом отборе в органы внутренних дел.....	129
<i>Калинина Р.Р.</i> Активная позиция по отношению к собственному здоровью у студентов как ключевая здоровьесберегающая компетенция.....	134
<i>Киреева Н.Н., Анисимов А.И.</i> Диагностика социального здоровья как важнейший этап организации про- филактики профессионального выгорания педагогов.....	137
<i>Кливак А.Р.</i> Категориально-теоретический анализ феномена выгорания.....	142
<i>Клычева М.А., Адизова С.Р., Яхяева Х.Ш.</i> Роль семейного воспитания в формировании поведенческих реакций у подростков.....	147
<i>Клюй И.Е.</i> Действие социально-экономических характеристик на формирование здоро- вья школьников.....	150
<i>Клюй И.Е., Криворутченко В.Б., Гришин С.В., Меркулов М.С.</i> Роль семьи в формировании здоровья ребенка.....	154
<i>Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В.</i> Динамика когнитивных нарушений и психических функций у больных с расстройствами аутистического спектра на фоне абилитации.....	157

<i>Кожина А.М., Гайчук Л.М., Кришталь В.Е.</i> Психообразование как неотъемлемая часть психотерапевтических и реабилитационных программ.....	162
<i>Кожина А.М., Григорова И.А., Коростий В.И., Товажнянская Е.Л.</i> Проблемы диагностики недементных когнитивных нарушений при органических и симптоматических психических расстройствах.....	165
<i>Козловская Г.Ю.</i> Формирование образа-Я у подростков с задержкой психического развития.....	168
<i>Копылова П.В.</i> Дихотомия доверия и недоверия в контексте клинико-психологической проблемы здоровья и болезни на примере людей с состоянием зависимости.....	173
<i>Коростелёва О.Е.</i> Влияние особенностей системы на ментальную репрезентацию семьи в младшем школьном возрасте.....	178
<i>Коростий В.И.</i> Эмоциональные нарушения у пациентов молодого возраста с психосоматическими заболеваниями: клинико-психопатологическая структура и коррекция.....	183
<i>Котова Д.В.</i> Реабилитация подростков с гиперкинетическим вариантом детского цере- брального паралича (ДЦП): психологические аспекты.....	187
<i>Кузьмина В.М.</i> Влияние криминальных субкультур на подростков как показатель «здоро- вья» современной России.....	191
<i>Кузьмина В.М., Солопова Г.</i> Восприятие кризисных явлений общества современной студенческой мо- лодежью.....	194
<i>Кучкаров У.И., Темирова Н.Р., Дустова Н.К.</i> Изучение особенностей клиники постабстинентных неврозоподобных со- стояний при героиновой наркомании.....	197
<i>Ласков В.Б., Ласкова И.В., Сторублева О.Л.</i> Профессиональное здоровье и факторы риска преждевременной смертности и инвалидизации у студентов медицинского вуза.....	199
<i>Ласовская Т.Ю.</i> Структурированное интервью для диагностики посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных: формулировка утверждений и пилотажное исследование.....	203
<i>Ласовская Т.Ю., Шелепова А.Ю.</i> Динамика психоэмоционального статуса и качества жизни у женщин с раком молочной железы в ходе проведения музыкальной релаксационной терапии в условиях стационара.....	205
<i>Лассан Л.П.</i> Особенности нарушенного познавательного развития детей	

и подростков с врожденной патологией головного мозга.....	207
<i>Лермонтов П.А.</i>	
Качество жизни у пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	211
<i>Лещина И.В.</i>	
Социально-психологические факторы риска формирования состояний пси- хической дезадаптации у студентов-медиков.....	214
<i>Литвиненко О.А.</i>	
Самоотношение психически здоровых людей и лиц, больных шизофренией: критерии различия. (В контексте клинико-психологической диагностики здоровья и болезни).....	216
<i>Литовкина Н.И.</i>	
Особенности конфликтного поведения в различные периоды возрастных кризисов.....	221
<i>Малеева М.В., Тонконог И.С.</i>	
Адаптация и реабилитация детей с диагнозом лейкемия и их родителей в социум.....	226
<i>Масалева И.О.</i>	
Оценка причин тревожных переживаний у женщин с хроническим холециститом в пред- и послеоперационном периодах эндоскопической холецистэктомии.....	230
<i>Маркова Е.С.</i>	
Ментальная репрезентация истории жизни детей, оставшихся без попечения родителей.....	235
<i>Метелева И.Г., Егорова Т.А., Зайцева Л.Ю.</i>	
Предикторы психосоматической патологии у детей с вегетативной дис- функцией.....	238
<i>Мальцева Л.С., Михин В.П.</i>	
Динамика показателей наджелудочковой аритмической активности у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом II типа на фоне комплексной терапии омакором.....	242
<i>Миронов Д.И., Цветков А.В.</i>	
Критерии оценки развития Я-образа у младших школьников.....	246
<i>Мозговая Т.П., Гавенко В.Л., Лещина И.В., Георгиевская Н.В.</i>	
Школьная неуспеваемость как медико-психологическая проблема.....	251
<i>Молчанова Л.Н.</i>	
Закономерности рефлексивных механизмов регуляции состояний психического выгорания у врачей в контексте внутрипрофессиональной дифференциации.....	252
<i>Мухтарова Х.К., Кучкаров У.И., Кодирова Ш.Р., Шарипова Ш.А.</i>	
Оценка когнитивных расстройств и неврозоподобных нарушений при тера- пии церебролизином у больных героиновой наркоманией.....	257
<i>Мухтарова Х.К., Кучкаров У.И., Мардонова З.О.</i>	
Оценка эффективности ноофена при восстановлении когнитивных наруше- ний у больных героиновой наркоманией.....	260

<i>Недурова Т.В.</i>	
Психологические критерии профессионального здоровья врачей.....	262
<i>Немцова С.В.</i>	
Психолого-социальные аспекты реабилитации и профилактики развития феномена одиночества у лиц с ограниченными возможностями.....	267
<i>Николаева Ю.А., Потапова О.Л., Конопченко О.А.</i>	
Формирование познавательного интереса у подростков к изучению общеобразовательных предметов посредством занятий спортивным ориентированием.....	272
<i>Новикова С.Н.</i>	
Профессиональное здоровье преподавателей кафедры фтизиопульмонологии.....	275
<i>Овчинникова И.В., Юдина Н.В., Смирнова С.В., Логинов Ю.А.</i>	
Клинико-психологическое сопровождение студентов с психосоматическими расстройствами.....	278
<i>Орешина И.А.</i>	
Духовно-нравственные аспекты сексуального здоровья и семья как фактор профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП).....	282
<i>Пасечник И.П., Курова Л.В.</i>	
Осознанное родительство как фактор здоровья ребенка.....	287
<i>Пастух И.А., Маслова Е.В., Белов А.В.</i>	
Взаимосвязь аффективных и когнитивных характеристик и склонности к отклоняющемуся поведению у школьников старших классов.....	291
<i>Пашина И.В., Шестакина Н.В., Рындина В.В., Пашина М.Е.</i>	
Роль преподавателей общественного здоровья и здравоохранения в формировании компетенций здорового образа жизни.....	294
<i>Петраш Е.А.</i>	
Ценности здоровья в системе детско-родительских отношений.....	297
<i>Петрова В.М.</i>	
Критерии психического здоровья.....	300
<i>Плохих Ю.А., Котова Д.В.</i>	
Опыт контроля качества предоставления социально-психологических услуг в учреждении социального обслуживания (на примере отделения социально-психологической реабилитации ОКУСОКО «Областной медико-социальный реабилитационный центр им. преподобного Феодосия Печерского»).....	305
<i>Погодин И.А.</i>	
Норма и патология: постмодернистский взгляд на клиническую проблематику.....	310
<i>Погодин И.А.</i>	
Контекстуальность и дискурсивность как принципы анализа природы клинических феноменов в эпоху постмодерна.....	315

<i>Погосов А.В., Сочивко Ю.Н.</i> Программа комплексной (медицинской, социальной, психологической) реабилитации больных боевым хроническим посттравматическим стрессовым расстройством.....	320
<i>Проценко А.С.</i> Психическая адаптация, связанная с воздействием стрессогенных факторов как неустранимых элементов профессиональной среды.....	326
<i>Реброва Н.П., Богородская С.О.</i> Исследование психофизиологических особенностей подростков с диагнозом гастродуоденит.....	330
<i>Рогачева Т.В.</i> «Болевые точки» в организации работы психолога медико-социальной экспертизы. (на материале детей-инвалидов).....	334
<i>Рублева Н.В.</i> Психосоматика туберкулеза в аспекте неудач современной интенсивной химиотерапии.....	339
<i>Селин А.В., Сотников В.А.</i> Влияние хронического соматического заболевания гинекологического профиля на временную перспективу личности.....	343
<i>Семенов А.А., Ташина Т.М.</i> Факторы риска для здоровья в семье и школе.....	345
<i>Семькина Ю.В.</i> Психологическое сопровождение тревожных подростков с использованием арт-терапии.....	349
<i>Симоненко И.А.</i> Задачи психотерапии привязанности в диаде мать-ребенок.....	352
<i>Смирнова С.В., Логинов Ю.А., Антышева Е.Н.</i> Психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	355
<i>Смирнова С.В., Овчинникова И.В., Логинов Ю.А., Антышева Е.Н.</i> Общие принципы и приоритетные направления психологической коррекции и профилактики агрессивного поведения в молодежной среде.....	359
<i>Солодухина Д.П., Котов Е.М.</i> Цели хронических больных в достижении результатов лечения.....	363
<i>Сомов А.В.</i> Психологическая реабилитация руководящего состава МВД в ситуации профессиональной деформации личности.....	367
<i>Степанов Н.С.</i> Жизненные идентификационные затруднения.....	372
<i>Строева А.А.</i> Участие социального педагога в организации семейного воспитания как залог здоровья общества.....	375
<i>Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С.</i> Зависимость стратегий поведения ребенка младшего школьного возраста от его самооценки и характера семейных отношений.....	379

<i>Тимофеева И.В.</i>	
Здоровье как жизненная потребность и составляющая смысла жизни у лиц с детским церебральным параличом.....	384
<i>Тимошилов В.И., Певчев В.А., Боева Т.А.</i>	
Оценка качества и результативности лекций по профилактике наркомании среди молодежи.....	389
<i>Тихоненков С.Н., Дубровин Г.М., Павлов В.К.</i>	
Представления о здоровом образе жизни на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ.....	392
<i>Туровская Н.Г.</i>	
К вопросу о нарушениях психического развития детей с судорожными и пароксизмальными состояниями (на модели детской доброкачественной эпилепсии с центротемпоральными спайками).....	396
<i>Узлов Н.Д.</i>	
Следуя Фуко: историческая миссия и социальная функция психиатрии.....	401
<i>Филатова Т.А.</i>	
Семья как фактор защиты детей и подростков от приобщения к психоактивным средствам.....	406
<i>Фролов Я.А., Литвинова Н.В., Волошина Н.Б.</i>	
Патологические состояния после холецистэктомии – область изучения социальной медицины.....	411
<i>Хабаров А.А., Ларин С.Л.</i>	
Экологическое воспитание молодежи как мотивация отказа от курения табака.....	414
<i>Ходжаева Н.И., Кучкоров У.И., Мухтарова Х.К., Рустамов У.Т.</i>	
Определение расстройства сна в постабстинентном периоде героиновой наркомании.....	416
<i>Чернышева А.В.</i>	
Влияние раннего возраста заболевания на деформацию социальной идентичности у женщин с алкогольной зависимостью.....	419
<i>Чернятина М.А., Костина Н.Л.</i>	
Некоторые аспекты вторичной профилактики атеросклеротического поражения коронарных артерий и сосудов нижних конечностей на фоне комплексной терапии омакором.....	422
<i>Шестопалова Л.Ф.</i>	
Проблема терапевтического альянса в психиатрии и неврологии.....	427
<i>Щепотина Т.А.</i>	
Личностный профиль, особенности детско-родительских отношений и пути их коррекции при психосоматических нарушениях ЖКТ у детей и подростков.....	431
<i>Юркшат К.Ф.</i>	
Взаимосвязь склонности к отклоняющемуся поведению с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у подростков в возрасте 11-12 лет.....	435

«ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КНИГА» магазин при издательстве «КОГИТО-ЦЕНТР»



Наиболее полный ассортимент изданий по психологии — более 1500 наименований
Представлена продукция большинства крупных издательств, а также малотиражные издания университетов и институтов



Широкий ассортимент
сертифицированного
психодиагностического
инструментария



Книжки для взрослых

Книжки и методички для профессиональных психологов

Издательство
Книжный магазин
Оптовый склад

Время работы:
10⁰⁰–18⁰⁰
кроме выходных

МНХ (495) 682-0100, 682-6102 тел./факс
<http://www.cogito-centre.com>
E-mail: post@cogito-centre.com

129166, Москва, Ярославская, 13, ООО «КОГИТО-ЦЕНТР»

Для студентов и преподавателей – учебники, хрестоматии, учебные пособия, словари

Для профессионалов, исследователей и практиков – монографии, фундаментальные труды, энциклопедии, руководства, тренинги, бизнес-психологии

Для родителей и широкой публики – литература по воспитанию, обучению, саморазвитию, научно-популярные издания



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН
www.cogito-centre.com



Скидки постоянным покупателям до 10%

Издательство Курского государственного медицинского университета.
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.

Лицензия ЛР № 020862 от 30.04.99 г.
Тираж 72 экз.

Отпечатано в типографии КГМУ.
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.
Заказ № 472.

