



**КОНГРЕСС
«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА XXI ВЕКА»**

**CONGRESS ON MENTAL HEALTH:
MEETING THE NEEDS OF THE XXI CENTURY**

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS



**СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

МОСКВА
7-8 октября
2016

**КОНГРЕСС
«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА
XXI ВЕКА»**

**CONGRESS ON MENTAL HEALTH:
MEETING THE NEEDS OF THE XXI CENTURY**

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

7–8 October 2016

Moscow, Russia

УДК 159.9
ББК 88.5
П86

П86 Психическое здоровье человека XXI века. Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». ИД «Городец», 2016. — 416 с.

Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century. Collection of scientific papers, on materials of the Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century. PH “Gorodets”, 2016. — 416 p.

ISBN 978-5-906815-78-1

В сборнике представлены статьи специалистов в сфере охраны психического здоровья по различным академическим дисциплинам, включая общую медицину, психиатрию, психотерапию, психологию, социологию, педагогику, юриспруденцию, экономику, спорт, по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», который состоялся 7–8 октября 2016 г. в Москве. Сборник предназначен для исследователей и практиков, работающих в сфере охраны психического здоровья.

Статьи опубликованы в авторской редакции. Редакция не несет ответственность за мнения, изложенные в статьях.

Электронная версия сборника опубликована на сайте Союза охраны психического здоровья: www.mental-health-russia.ru и официальном сайте Конгресса: www.mental-health-congress.ru

The collection of scientific papers is collected from different areas of scientific knowledge, including general medicine, psychiatry, psychotherapy, psychology, social policy, education, law, economics and sport. The publication contains materials that were delivered to the Organizing Committee of the Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century. The collection is intended for researchers and practitioners acting in the field of the mental health care.

All materials contained in the book, are published in the author's version. The editors do not make adjustments in scientific articles. Responsibility for the information published are of the authors.

The electronic version of the collection is available on the Union for Mental Health web-site: www.mental-health-russia.ru as well as on the Congress web-site: www.mental-health-congress.ru

ББК 88.5

«Издательский Дом „Городец“»
105082, г. Москва, Переведеновский переулок, д. 17, к. 1
тел. +7(495)6401521

Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография».
Филиал «Чеховский Печатный Двор».
142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1.
www.chpd.ru, тел. +7(499)270-7359

Редакционная коллегия

Главный редактор

БОРОДИН Владимир Иванович, д. м. н.
(Союз охраны психического здоровья)

Члены редакционной коллегии

МОРОЗОВ Петр Викторович, д. м. н.
(Российское общество психиатров)

МЕНДЕЛЕВИЧ Владимир Давыдович,
д. м. н.
(Институт исследований проблем
психического здоровья)

РУБЦОВ Виталий Владимирович, д. псих. н.
(Московский государственный психолого-
педагогический университет)

САФОНОВ Александр Львович, д. э. н.
(Академия труда и социальных отношений)

ШАБАЛИН Владимир Николаевич, д. м. н.
(Российская ассоциация геронтологов
и гериатров)

МАКАРОВ Виктор Викторович, д. м. н.
(Общероссийская профессиональная
психотерапевтическая лига)

Editorial Board

Editor-in-Chief

BORODIN Vladimir Ivanovich, MD
(Union for Mental Health)

Editorial board members

MOROZOV Pyetr Viktorovich, MD
(Russian Society of Psychiatrists)

MENDELEVICH Vladimir Davydovich, MD
(Institute for Research of Mental Health
Issues)

RUBTSOV Vitaly Vladimirovich, Psy. D.
(Moscow State University of Psychology and
Education)

SAFONOV Alexandr Livovich, Doctor in
Economics
(Academy of Labor and Social Relations)

SHABALIN Vladimir Nikolaevich, MD
(Russian Association of Gerontologists and
Geriatrists)

MAKAROV Victor Victorovich, MD
(All-Russia Professional Psychotherapeutic
League)

Содержание

Психическое здоровье в жизненном цикле человека	13
Охрана психического здоровья: детство и отрочество	13
Арина Г. А., Николаева В. В. Гендерные и возрастные особенности внутренней картины здоровья в подростковом возрасте	13
Афранж Э., Кассеб Р. Работа психолога в поли-профессиональной бригаде в системе ухода при преждевременных родах	15
Ахутина Т. В., Корнеев А. А., Матвеева Е. Ю., Статников А. И. Нейропсихологический анализ понимания логико-грамматических конструкций у второклассников	18
Бибчук М. А. Партнерство с семьей душевнобольного ребенка — стратегия обеспечения качества медицинской помощи	20
Буланова Э. В. Анализ уровня знаний девочек/девушек по вопросам подготовки к будущему материнству	23
Бурлакова Н. С. Психологическое здоровье детей в условиях различных культурно-исторических сред развития	25
Бурменская Г. В. Привязанность к матери как базисное условие психического развития и психологического благополучия	28
Вихристюк О. В., Банников Г. С. Профилактика суицидального поведения подростков в системе образования города Москвы	30
Гонтарь О. Б., Кашликова О. В., Тарновская Л. А. Гардено- и арт-терапия в работе с замещающими семьями	33
Гуткевич Е. В., Зуева Д. Е. Роль семьи в сохранении психического и психологического здоровья	35
Давыдова Н. С., Дьяченко Е. В., Уфимцева М. А., Москвина Е. В., Самойленко Н. В., Николаева К. И. Психоземotionalное благополучие детей в трудной жизненной ситуации и его роль в медико-профилактической работе	37
Дашиева Б. А., Тюлюпо С. В., Федорова О. В., Пыжик Т. Е. В фокусе внимания сельский школьник: шаг к психологическому благополучию	39
Дозорцева Е. Г., Сыроквашина К. В. Завершенные суициды у подростков: психологические и клинико-психологические факторы	41
Дорофеева Т. В. Особенности мотивации принятия детей в семью: обобщение результатов практической работы программы сопровождения семей с приемными детьми	44
Зарецкий Ю. В., Лотарева Т. Ю. Технология сопровождения замещающих семей в ГБУ ЦССВ «Наш дом» как условие успешной социализации приемного ребенка	46
Игумнов С. А., Замогильный С. И., Николкина Ю. А. Алекситимия как фактор риска развития аддиктивного поведения молодежи	49
Карабанова О. А. Образовательная среда школы: риски и ресурсы психического и психологического здоровья и развития детей и подростков	51
Кудряшова М. Г. Особенности психологического сопровождения социальных сирот в замещающих семьях на стадии адаптации	54
Льюис К. А., Галяютдинова С., Бурханова Ф., Вилданова Г., Алгушаева В., Нурмухаметова И., Кутушева Р., Сабитов М., Хухрин М., Колтаев В. Проблема религиозного разнообразия в современной Европе: применение исследовательской практики Великобритании в Башкортостане: предпосылки и цели ..	56
Милавич Г. Национальные профилактические программы в сфере охраны психического здоровья детей и подростков	58
Никольская О. С. Психологическая помощь ребенку с аутизмом и его близким	60
Никулова Е. А. Развитие психологически здоровой личности младшего школьника средствами оздоровительного плавания в программе «На гребне творческой волны»	63
Очнева О. В., Андропова Н. В., Горохова А. В. Состояние психического здоровья детей и подростков в г. Владивостоке за 2013—2015 годы	65
Ошевский Д. С. Факторы риска противоправного поведения у подростков с психическими расстройствами	67
Панкова О. Ф., Свинцова А. В., Аتماшкина О. М. Агрессия у детей и подростков — пациентов психиатрической больницы	69
Печникова Л. С., Жуйкова Е. Б. Психологическое консультирование принимающих семей в условиях детской психиатрической клиники	73
Рубцов В. В. Социальная и образовательная инклюзия детей с особыми потребностями: подход научной школы Л. С. Выготского	75
Рыжов А. Проблемы исследования роли социо-культурных факторов в психологии суицидального поведения подростков	78
Самсонова Е. В., псих. н. Вопросы сохранения психического здоровья детей в условиях инклюзивного образования	80
Сарсен А. Ш. Психическое здоровье современной казахской семьи	82
Солдатова Г., Журина М. А. Актуальные онлайн-угрозы психическому здоровью детей и подростков: опасное общение и интернет-зависимость	84
Старостина Л. Д., Татарнинова Н. Е. Здоровьесберегающее поведение старших подростков саха	88

Хаустов А. В. Оценка коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра	90
Ходаярифард М., Раад М. Х. Миссия психотерапии по ранней профилактике психических расстройств	93
Холмогорова А. Б. Психическое здоровье детей и молодежи в эпоху информационной революции	98
Янова Н. Г. Образовательный запрос на психологическую помощь: опыт мониторинга	100
Психическое здоровье в зрелом возрасте	104
Акнин Н. Психическое здоровье взрослого населения и образование	104
Андрюшина Л. О. Психологическая готовность персонала АЭС — эффективный барьер предупреждения неправильных действий персонала	107
Ахинько Н. Н., Карякина С. Н. Эмоциональное выгорание педагогов как фактор снижения психического здоровья человека на рабочем месте	110
Гаранян Н. Г. Психология и психотерапия ревности	112
Городнова М. Ю. Саногенный эффект супервизии в сохранении профессионального здоровья в помогающих профессиях	114
Иванова А. В. Исследование ценностно-смысловой сферы личности потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов	117
Козлова Н. В., Панферова О. В., Атаманова И. В., Мещерякова Э. И., Левицкая Т. Е. Зуева Д. Е. Влияние психологической безопасности на субъективную оценку качества жизни	119
Крахмалев К. В. Опыт работы по сохранению психического здоровья работников локомотивных бригад негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» на московской железной дороге	122
Левицкая Т. Е., Тренькаева Н. А., Богомаз С. А. Проблема здоровья и адаптации военнослужащих, принимавших участие в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах	124
Лукьянов О. В. Терапия тревоги. Расстройства, связанные с проблематикой образа жизни	126
Мещерякова Э. И., Влах Н. И. Экзистенциальные аспекты эмоционального выгорания в структуре превентивных субдепрессивных состояний	129
Немет Д. ? Формирование индивидуальной и общественной психологической устойчивости в период депрессии	131
Никифоров Г. С., Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. К вопросу о барьерах здорового поведения	133
Первичко Е. И. Регуляция эмоций в норме и при эссенциальной артериальной гипертензии: культурно- деятельностный подход	135
Попова К. Е., Сысоева О. В. Эмпирическая модель личности врача в период переживания кризиса профессионального самоопределения	137
Родыгина Ю. К. Психосоциальные характеристики профессиональных хоккеистов в посткарьерном периоде	141
Семенова Н. Д., Краснов В. Н., Горобец Л. Н. Женщины и психическое здоровье	144
Стрижев В. А., Бойко Е. О. Профилактика пограничных психических и аддиктивных расстройств в рамках формирования основ здорового образа жизни у студентов	146
Тюлюпо С. В., Дашиева Б. А., Тюлюпо В. В., Головашина О. В. Заявленные и незаявленные потери психического здоровья вахтовых рабочих	148
Черепанов А. В. Психология движения к духовному акме человека	150
Чернецкая Е. Д., Белых Т. В. Психофизиологическое обеспечение надежности профессиональной деятельности персонала атомных станций	153
Психическое здоровье пожилых людей	155
Балашова Е. Ю. Методологические проблемы клинико-психологического исследования репрезентаций пространства и времени при старении	155
Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., Астапенко В. Н., Носкова И. С. Пожилой пациент с деменцией в системе социальной помощи: опыт разработки и реализации региональных программ	157
Клюева Н. В., Головчанова Н. С. Экзистенциальное измерение зрелого возраста	160
Лаврова Н., Лавров В., Лавров Н. «Облачные» принципы мобилизации психоэмоционального ресурса и долголетия	162
Селявко Л. Е., Цветкова Л. С. Использование технологий нейропсихологической реабилитации в практической работе с лицами пожилого возраста	164
Цыганков Б. Д., Одарченко С. С. Основы пограничной геронтопсихиатрии	166
Шабалин В. Н. Психология и психопатология пожилого возраста	171
Шанкар Г. Психическое здоровье и благополучие пожилых людей	174
Правовые основы и предпосылки охраны психического здоровья ..	179
Губаева А. К. Проблемы гражданско-правовой ответственности за нарушения норм договорного и деликтного права, совершенные недееспособными гражданами	179
Ковалевская Н. С., Ковалевский М. А. Модели нормативного (правового) регулирования врачебной тайны от Гиппократов до современности	183
Ковалевский А. М. Правовые проблемы приготовления лечебного питания для пациентов в стационарных медицинских организациях психиатрического профиля, возникающие в связи с использованием аутсорсинга	191
Пазына Е. О. Правовые аспекты охраны психического здоровья в Европейском Союзе (на примере ФРГ и Великобритании) и Российской Федерации	197

Охрана психического здоровья: аспекты управления	202
Алтынбеков С. А. Развитие психиатрической и наркологической службы в Республике Казахстан	202
Вуди Д.Е., Кэррол Дж. Т. Организационная система наркологии в США	204
Галако Т. И., Мусабаева С. С. Система оказания психиатрической помощи в Кыргызской Республике: реалии и перспективы	207
Кекелидзе З. И. Российская психиатрия — вызовы и пути их разрешения	210
Сарториус Н. Психиатрия и общество 2015	214
Скугаревский О. А., Старцев А. И., Короткевич Т. В. Стратегические направления развития системы охраны психического здоровья в Республике Беларусь	219
Сокоян А. Ф., Торосян С. А. Современные аспекты развития психического здоровья в Республике Армения	221
Чкония Э. Д., Берия З. В. Реформа в системе психического здоровья Грузии	224
Шанкар Г. Психическое здоровье и психотерапия в Индии и Южной Азии	227
Диагностика и лечение психических расстройств	232
Авдонина С. М., Плужников И. В. Оценка факторов риска дезадаптации на основе уровневой модели функционирования аффективно-поведенческих комплексов	232
Азова О. И. Дифференциальная диагностика нарушений речевого и психического развития у детей дошкольного возраста	234
Аникина В. О. Проблема раннего выявления нарушений психического здоровья	237
Бобров А. Е. Перспективы психиатрии в эпоху информатизации	239
Бородин В. И. Переносимость терапии СИОЗС и клинической трансперсональной психотерапии у больных с депрессивными расстройствами	241
Бородина Л. Г. Медицинское сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра	243
Васюшкина М. А. Полипрофессиональная бригада как эффективная модель оказания современной психиатрической помощи в условиях принудительного лечения	246
Виноградова М. Г. Клинико-психологическая характеристика когнитивных процессов при шизотипическом расстройстве личности	248
Глазева М. А., Пономаренко В. Н., Пустотин Ю. Л. Активная групповая музыкальная терапия в условиях стационарного лечения на базе отделения динамической психиатрии	250
Ениколопова Е. В., Зиченко О. О., Медведева Т. И. Принятие решений в ситуации неопределенности у больных с локальными поражениями мозга	252
Жиляев А. Г. Подходы к диагностике и лечению соматоформной вегетативной дисфункции	254
Золотарева А. А. Экспресс-диагностика перфекционизма	257
Калишевич С. Ю. Онтология психических расстройств и поведенческих отклонений	259
Катан Е. А. Особенности смысложизненных и ценностных ориентаций личности больных шизотипическим расстройством и больных шизофренией после первого психотического эпизода	262
Краснов В. Н. Противоречия в современном понимании коморбидности в психиатрии	264
Малеева С. Ю., Литвина И. Ю. Медико-социальные аспекты использования психодиагностической методики при стоматологическом просвещении детей с ограниченными возможностями здоровья	267
Менделевич В. Д. Классификация психических и поведенческих расстройств и проблема дестигматизации психически больных	268
Мосолов С. Н. Достижения, проблемы и перспективы биологической терапии психических расстройств	271
Розанов В. А. Психосоциальный стресс, эпигенетика и программирование психического здоровья	273
Семаго Н. Я. Дефицит психического тонуса, как механизм одного из вариантов гиперактивного поведения	276
Сорокин М. Ю., Лутова Н. Б. Особенности структуры мотивации к лечению и комплаенс у больных при проведении психофармакотерапии	279
Усачева Е. Л., Панкова О. Ф., Абрамов А. В. Вопросы организации стационарной психиатрической помощи детско-подростковому населению в свете выявленных современных тенденций	281
Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф., Глижин А. Г., Врабие В. Г. Психическое здоровье, механизмы его формирования и профилактики расстройств. Психосанокреатология	284
Чан Р., Пёппель Е. Ранняя диагностика психических расстройств: китайский опыт в использовании неврологических симптомов	287
Психическое здоровье: психосоматические аспекты	290
Березовская Е. С., Булат О. В., Дидилика И. В., Шавдари Л. В., Тросиненко А. В. Особенности экстернизации психического здоровья у пациентов с хроническими вирусными заболеваниями печени	290
Выборных Д. Э., Олексенко Л. В., Хрущев С. О., Шитарева И. В., Моисеева Т. Н. Структура психических расстройств у больных лимфогранулематозом	294
Гришина Е. И. Интегративный подход к лечению артериальной гипертензии, коморбидной посттравматическому стрессовому расстройству	296
Козлова Н. В., Левицкая Т. Е., Назметдинова Д. Г. Оценка эмоционально-мотивационной сферы и когнитивных нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт	298
Колчев А. И. Тревожные расстройства у лиц с ограниченными возможностями с точки зрения психосоматической медицины	300

Коновалов В. Г., Ширяев О. Ю. Гинекологическая сексология (сексогинекология) как новая междисциплинарная наука о расстройствах рекреативной функции у женщин с гинекологическими заболеваниями	303
Смулевич А. Б., Андрющенко А. В. Психические и психосоматические расстройства в общей медицине	305
Ткаченко О. И., Цуман Н. А., Рыбкис Е. А. Профилактика психосоматических реакций у студентов колледжа искусств арт-терапевтическими техниками	308
Шереметьева И. И., Плотников А. В. Некоторые итоги работы фтизиатрического подразделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы	310
Психосоциальная реабилитация и абилитация	313
Барцалкина В. В. Проблема качества реабилитации и ресоциализации лиц с аддиктивными расстройствами	313
Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Папсуев О. О. Психосоциальная реабилитация — важнейшее направление психиатрической помощи на социальное восстановление лиц с психическими расстройствами	316
Джавед М. А. Реабилитация и выздоровление	317
Ещанов Т. С., Байжуманова Б. Ш. Трудотерапия как метод психосоциальной реабилитации в условиях лечебно-производственных мастерских	319
Жигарева Н. П., Мишин А. В., Иванов В. В., Жигарева П. А. Межведомственное взаимодействие психоневрологического интерната в деле охраны психического здоровья проживающих в нем инвалидов ...	322
Краля А. А. Реализация программы медико-социальной реабилитации на базе ГАУЗ МО Психиатрическая больница № 22 г. о. Химки	325
Митихин В. Г., Митихина И. А., Ястребов В. С., Солохина Т. А. Модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения Российской Федерации	328
Морозова Е. В., Мецлер А. В., Скотигор О. С. Проблема организации комплексной психосоциальной реабилитации инвалидов, проживающих в психоневрологических интернатах	330
Незнанов Н. Г., Вид В. Д. Трансформация концепции реабилитации в современных условиях	333
Рычкова О. В. Социальная мотивация у больных с расстройствами шизофренического спектра, и ее учет в процессе реабилитации	335
Сотников В. А. Психосоциальная реабилитация детей, перенесших тяжелые заболевания, в парадигме терапевтической рекреации	338
Тхостов А. Ш. Психологические проблемы реабилитации онкологических больных	340
Чехонадский И. И., Пряникова Е. В., Пустотин Ю. Л., Жабин М. О. Психотерапевтическая работа в психиатрическом стационаре как основа реабилитационного процесса	342
Штаньков С. И., Есауленко И. Э., Рыкова В. Л. Снижение социально-экономического бремени психических расстройств	344
Психотерапевтические аспекты психического здоровья	347
Василюк Ф. Е. Понимающая психотерапия как терапия сопереживанием	347
Дубей В. Ш. Психосоциальные проблемы и психическое здоровье	349
Катков А. Л. Феномен качества психического здоровья, как предметная сфера междисциплинарного диалога ...	352
Кочарян А. С., Барина Н. В. Субвербальная модель клиент-центрированной психотерапии	354
Лэнгле А. Экзистенциальный анализ: психотерапевтическое понимание жизни человека	357
Макаров В. В. Психотерапевтические аспекты психического здоровья	359
Макарова Е. В. Об основных элементах психотерапевтического образования и сохранении профессионального благополучия во время психотерапевтической практики	361
Милованович М. Б. Иная сторона реальности или работа со сном	364
Мисевич Е. В. Развитие психотерапевтической помощи железнодорожникам — путь к преодолению стигмы психического расстройства	366
Немет Д. Влияние перцепции на наше психическое здоровье и благополучие	369
Панюкова И. А. Изменения в системе брачных отношений и современная полимодальная супружеская терапия .	371
Положая З. Б. Духовно ориентированная психотерапия и психическое здоровье человека в XXI веке	373
Соловьева С. Л. Психотерапия для здоровых	375
Стрельченко А. Б., Ершова Г. Г., Борисова Г. А. Традиционные формы поддержания психического здоровья у современных потомков маяя	377
Табидзе А. А. О критерии оценки психического здоровья	380
Теперик Р. Ф. Психотерапия зависимостей: трансформация аддиктивной идентичности	382
Титова В. В. Модель массовой первичной психотерапевтической помощи населению мегаполиса	384
Федосина С. С. Концепция «жизнестерти» и возможности ее применения в экзистенциальной психотерапии ...	389
Химаншу Гири Психотерапия в Индии и на Западе	391
Чан Е. В. Ассоциативная терапия личности. Унифицированная модель для развития и лечения психопатологий XXI века	392
Чугунов Д. Н. Особенности оказания психотерапевтической помощи в период экономического, социального и духовного кризиса	396
Шигакова Ф. А. Особенности групповой психотерапии у женщин больных опийной наркоманией	398

Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт в системе охраны психического здоровья	401
Бернс Дж. Включение в спорт высших достижений спортсменов с интеллектуальными нарушениями	401
Воробьев С. А., Коротков К. Г., Короткова А. К. Методы приборной оценки и воздействия на психофизиологическое состояние спортсменов паралимпийских команд России	403
Грецов А. Г. Профилактика психических расстройств и реабилитация детей с психическими особенностями средствами адаптивной физической культуры	406
Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт в системе охраны психического здоровья ...	408
Евсеева О. Э. Адаптивная физическая культура в работе с пожилыми лицами	411
Чизыч Т. Инклюзия спортсменов с интеллектуальными нарушениями в Паралимпийское движение: обзор практик	413

Contents

The Life Cycle Approach to the Individual's Mental Health	13
Child & Adolescent Mental Health	13
Arina G., Nikolaeva V. Gender- and Age-related Features of the Internal Picture of Health in Adolescents	13
Afrange E., Casseb R. L. S. Psychologist's Work in a Multiprofessional Health Team in Premature Child Care	15
Akhutina T. V., Korneev A. A., Matveeva E. Yu., Statnikov A. I. Neuropsychological Analysis of the Logical-grammatical Constructions Comprehension among Second-graders	18
Bebchuk M. A. Partnership with a Family Having a Child with Mental Disorders—strategy for Quality Improvement in Health Care	20
Bulanova E. V. What Girls Know about Future Maternity: Results of the Research	23
Burlakova N. S. Children's Mental Health in Various Cultural and Historical Environments	25
Burmenskaya G. V. Attachment to Mother as the Basic Condition of Mental Development and Psychological Well-being	28
Vikhrystyuk O. V., Bannikov G. S. Prophylaxis of Suicidal Behaviour of Teenagers in the Educational System of the City of Moscow	30
Gontar O. B., Kashlikova O. V., Tarnovskaya L. A. Horticultural and Art-therapy in Working with Foster Families ..	33
Gutkevich E. V., Zueva D. E. The Role of Family in Maintaining Mental and Psychological Health	35
Davydova N. S., Dyachenko E. V., Ufimtseva M. A., Moskvina E. V., Samoilenko N. V., Nikolaeva K. I. Psycho-emotional Well-being of Children in Difficult Situations, and Its Role in Medical and Preventive Work	37
Dashieva B. A., Tyulyupo S. V., Fyodorova O. V., Pyzhik T. E. A Case Study of Rural Pupils: a Step to Psychological Well-being	39
Dozortseva E. G., Syrokvashina K. V. Completed Suicides of Adolescents: Psychological and Clinical-psychological Factors	41
Dorofeeva T. V. A Case Study of Motivation for Adoption: Results of Foster Families Support Program	44
Zaretsky U. V., Lotareva T. U. The Foster Families Support Technology in the Centre "Our Home" as a Condition for Successful Socialization of an Adopted Child	46
Igumnov S. A., Zamogilny S. I., Nikolkina Yu. A. Alexithymia as a Risk Factor of Addictive Behaviour in Young People	49
Karabanova O. A. School Educational Environment: Risks and Resources for Mental and Psychological Health and Development of Children and Adolescents	51
Kudryashova M. Features of Psychological Support of Social Orphans in Substitute Families at the Adaptation Stage	54
Lewis C. A., Galyautdinova S., Burkhanova F., Vildanova G., Algushaeva V., Nurmukhametova I., Kutusheva R., Sabitov M., Khukhrin M., Koltaev V. The Challenge of Religious Diversity in Contemporary Europe: Application of a Research Tradition from the UK to a Project in Bashkortostan—Background and Objectives	56
Milavić G. National Mental Health Prevention and Service Models for Children & Adolescents	58
Nikolskaya O. S. Psychological Treatment: Autistic Children and Their Families	60
Nikulova E. A. Development of Psychologically Healthy Personality of Younger School Age by Means of Wellness Swimming in the Programme "On the Crest of Creative Wave"	63
Ochneva O. V., Andropova N. V., Gorokhova A. V. The State of Mental Health of Children and Adolescents in the City of Vladivostok from 2013 to 2015	65
Oshevsky D. S. Risk Factors for Delinquent Behaviour among Juveniles with Mental Disorders	67
Pankova O. F., Svintsova A. V., Atmashkina O. M. Aggression in Children and Adolescents—Patients of Mental Hospitals	69
Pechnikova L. S., Zhuykova E. B. Psychological Counselling of Foster Families in Children'S Psychiatric Hospital ..	73
Rubtsov V. V. Social and Educational Inclusion of Children with Special Needs: Approach of L. S. Vygotsky School	75
Ryzhov A. Issues of Psychological Research in Socio-cultural Factors of Suicidal Behaviours in Adolescents	78
Samsonova E. V. Inclusive Education: Mental Health Maintenance	80
Sarsen A. Sh. Mental Health of the Modern Kazakh Family	82
Soldatova G., Zhurina M. Mental Health Problems Associated with Internet Addiction in Children and Adolescents ..	84
Starostina L. D., Tatarinova N. E. Health-preserving Behaviour of Sakha Senior Adolescents	88
Khaustov A. V. Assessment of Communication Skills for Children with Autistic Spectrum Disorders	90
Khodayarifard M., Raad M. H. Psychotherapy's Mission in Addressing and Implementing Early Preventive Intervention Programmes	93
Kholmogorova A. B. Mental Health of Children and Youth in the Age of Information Revolution	98
Yanova N. G. Education Request for Psychological Help: Monitoring Experience	100

Adult Mental Health	104
Aknin N. Adult Mental Health and Education	104
Andryushina L. O. Psychological Readiness of Nuclear Power Plant Staff in Helping Prevent Wrong Actions of Staff	107
Akhinko N. N., Karyakina S. N. Teachers Emotional Burnout as a Factor of Individual Mental Health Decrease at the Workplace	110
Garanian N. G. Psychology and Psychotherapy of Jealousy	112
Gorodnova M. Yu. Sanogenic Effect of Supervision in Maintaining Professional Health in the Caring Professions ..	114
Ivanova A. V. A Case Study of the Value-semantic Sphere in Personalities of Synthetic Cannabinoids and Psychostimulants Consumers	117
Kozlova N. V., Panferova O. V., Atamanova I. V., Meshcheryakova E. I., Levitskaya T. Ye., Zueva D. E. The Influence of Psychological Safety on the Subjective Evaluation of the Quality of Life	119
Krakhmalev K. V. The Experience on Preservation of Mental Health of the Workers of Locomotive Brigades in Non-state Health Care Facilities JSC Russian Railways on the Moscow Railway	122
Levitskaya T. E., Trenkayeva N. A., Bogomaz S. A. Issue of Health and Adaptation of the Military Men Participating in Modern Local Wars and Armed Conflicts	124
Lukyanov O. V. Anxiety Therapy. Disorders Connected with Lifestyle Problematics	126
Meshcheryakova E. I., Vлах N. I. Existential Aspects of Burnout in the Structure of Preneurotic Subdepressive States	129
Nemeth D. G. Building Individual and Community Resilience in This Age of Depression and Environmental Trauma	131
Nikiforov G. S., Vodopyanova N. E., Starchenkova E. S. Regarding the Issue of Barriers to Healthy Behaviour	133
Pervichko E. I. Emotion Regulation in Healthy Subjects and in Patients with Essential Hypertension: Cultural-activity Approach	135
Popova K. E., Sysoeva O. V. Empirical Identity Model of a Physician During Professional Self-identity Crisis	137
Rodygina Y. K. Psychosocial Characteristics of Professional Hockey Players in the Post Career Period	141
Semenova N. D., Krasnov V. N., Gorobetz L. N. Women and Mental Health	144
Strizhev V. A., Boyko E. O. Prevention of Borderline Mental and Addictive Disorders in Developing the Foundations of a Healthy Lifestyle among Students	146
Tyulyupo S. V., Dashieva B. A., Tyulyupo V. V., Golovashina O. V. Stated and Non-stated Losses of Mental Health in Shift and Rotation Workers	148
Cherepanov A. V. Psychology of Human's Path to a Spiritual Acme	150
Chernetskaya E. D., Belykh T. V. Psycho-physiological Support as an Effective Means of Ensuring Reliability of Nuclear Power Plant Personnel	153
Old Age and Mental Health	155
Balashova E. Yu. Methodological Issues of Clinical-psychological Research of Space and Time Representations in Old Age	155
Ilnitski A., Prashchaeyu K., Astapenko V., Noskova I. Elderly Patient with Dementia in the Social Care System: the Experience of Development and Implementation of Regional Programmes	157
Kliueva N. V., Golovchanova N. S. Existential Dimension of Mature Age	160
Lavrova N., Lavrov V., Lavrov N. "Cloudy" Principles of Mobilization of Psychoemotional Resource and Long Living	162
Selyavko L. E., Tsvetkova L. S. Neuropsychological Rehabilitation of the Elderly	164
Tsygankov B. D., Odarchenko S. S. Fundamentals of Borderline Gerontopsychiatry	166
Shabalin V. N. Psychology and Psychopathology of the Elderly	171
Shankar G. Mental Health and Wellbeing of Elderly People	174
Legal Basis for Mental Health	179
Gubaeva A. K. The Issues of Civil-law Liability for Breach of Contractual Norms and a Law of Torts Norms Committed by Incapacitated Citizens	179
Kovalevskaya N. S., Kovalevskij M. A. The Models of Normative (legal) Regulation of Doctor-Patient Confidentiality from Hippocrates to the Modern Times	183
Kovalevsky A. M. The Legal Issues of Organising Dietetic Nutrition Services for Patients in Psychiatric Hospitals Arising in Connection with Using Outsourcing	191
Pazyna E. O. Legal Aspects of Mental Health in the European Union (the Example of Germany and the UK) and the Russian Federation	197
Mental Health: Management Approaches	202
Altynbekov S. A. Development of Psychiatric and Narcological Services in the Republic of Kazakhstan	202
Woody G. E., Carroll J. T. The Organizational System of Narcology in the USA	204
Galako T. I., Musabaeva S. S. System of Mental Health Services Rendering in the Kyrgyz Republic: Reality and Outlooks	207
Kekelidze Z. I. Russian Psychiatry: Challenges and Solutions	210
Sartorius N. Psychiatry and Society, 2015	214

Skugarevsky O. A., Prof., Startsev A. I., Korotkevich T. V. Strategies for the Development of the Mental Health Service in the Republic of Belarus	219
Soghoyan A. F., Torosyan S. A. Modern Aspects of Mental Health Development In Armenian Republic	221
Chkonia E. D., Beria Z. V. Mental Health Reforms in Georgia	224
Shankar G. Development of Mental Health &Psychotherapy In India &South Asia	227
Diagnosis and Treatment	232
Avdonina S. M., Pluzhnikov I. V. Assessment of Risk Factors for Disadaptation Based on the Level Model of Affective Behavioral Complexes Functioning	232
Azova O. I. Differential Diagnosis of Speech and Mental Disturbance of Children of Preschool Age	234
Anikina V. O. The Issues of Early Detection of Mental Health Problems	237
Bobrov A. E. The Perspectives of Psychiatry in the Informatization Age	239
Borodin V. I. Tolerability of SSRIs and Transpersonal Psychotherapy in Patients with Depressive Disorders	241
Borodina L. G. Medical Assistance for Children with Autism Spectrum Disorders	243
Vasyushkina M. A. Multidisciplinary Case Management Team as an Effective Model to Deliver Psychiatric Care in Conditions of Compulsory Treatment	246
Vinogradova M. G. Clinical Psychological Characteristics of Cognitive Processes in Schizotypal Personality Disorders	248
Glazeva M. A., Ponomarenko V. N., Pustotin U. L. Active Group Music Therapy in the Treatment of Stationary in Dynamic Psychiatry	250
Enikolopova E. V., Zinchenko O. O., Medvedeva T. I. Decision-Making Under Uncertainty in Patients with Local Brain Damage	252
Jiliaev A. G. Methods of Diagnosis and Treatment of Somatic Symptom Disorder	254
Zolotareva A. A. Express-diagnostics of Perfectionism	257
Kalishevich S. Yu. The Ontology of Mental Disorders and Behavioral Deviations	259
Katan E. A. A Case Study of Life-purpose Orientations in Personalities of Patients with Schizotypal Disorder and Schizophrenes After their First Psychotic Episode	262
Krasnov V. N. Controversies in Contemporary Understanding of Comorbidity in Psychiatry	264
Maleeva S., Litvina I. Medico-social Aspects of a Psychodiagnostic Technique in Stomatologic Education of Children with Disabilities	267
Mendelevich V. D. Classification of Mental and Behavioural Disorders and the Issue of Destigmatization of Mentally Sick	268
Mosolov S. N. Advances, Problems and Perspectives of Biological Therapy for Mental Disorders	271
Rozanov V. A. Psycho-social Stress, Epigenetics and Mental Health Programming	273
Semago N. Y. Deficiency of Psychic Tonus as a Mechanism for the Formation of the Variants of Hyperactive Behavior	276
Sorokin M. Y., Lutova N. B. Structure Features of Motivation for Treatment and Patient's Compliance During Pharmacotherapy	279
Usacheva E. L., Pankova O. F., Abramov A. V. Issues of Inpatient Mental Healthcare for Children and Adolescents According to Modern Trends	281
Furdui T., Ciocina V., Furdui V., Glijin A., Vrabie V. Mental Health, Mechanisms of Its Formation and Prevention of Disorders. Psychosanoecreatology	284
Chan R. C. K., Pöppel E. Early Detection and Identification of Mental Disorders: the Chinese Experience with Neurological Signs	287
Mental Health: Psychosomatic Aspects	290
Berezovskaia E., Bulat O., Didilica I., Shawdary L., Trosinenco A. Features of Exteriorisation of Mental Health in Patients with Chronic Viral Liver Diseases	290
Vybornykh D., Olexenko L., Khrushchev S., Shitareva I., Moiseeva T. Structure of Mental Disorders in Hodgkin's Disease Patients	294
Grishina E. I. Integrated Approach to the Treatment of Arterial Hypertension and Comorbid Posttraumatic Stress Disorder	296
Kozlova N. V., Levitskaya T. Ye., Nazmetdinova D. G. The Appraisal of Emotionally-motivational Sphere and the Cognitive Disorders in Post-stroke Patients	298
Kolchev A. I. Anxiety Disorders in Persons with Disabilities in Terms of Psychosomatic Medicine	300
Konovalov V. G., Shirayev O. Ya. Gynaecological Sexology as a New Hypothetical Interdisciplinary Science of Disorders of Recreational Function in Women with Gynaecological Diseases	303
Smulevich A. B., Andryushchenko A. V. Psychic and Psychosomatic Disorders in General Medicine	305
Tkachenko O. I., Tsuman N. A., Rybkis E. A. Prevention of Psychosomatic Reactions in Students of Art College Using Art-therapeutic Techniques	308
Sheremeteva I. I., Plotnikov A. V. Results of the TB Unit's Work at the Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital	310

Rehabilitation and Abilitation	313
Bartsalkina V. The Quality Problem of Rehabilitational and Resocializational Activities for Individuals Having Addictive Disorders	313
Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., Papsuev O. O. Psychosocial Rehabilitation as the Most Important Direction of Mental Health Care Targeting Social Recovery of Mentally Ill	316
Javed M. A. Rehabilitation and Recovery	317
Yechshanov T. S., Baijumanova B. Sh. Occupational Therapy as a Method of Psychosocial Rehabilitation in Treatment and Production Workshops	319
Zhigareva N. P., Mishin A. V., Ivanov V. V., Zhigareva P. A. Interagency Cooperation of Psychoneurological Boarding School in Preserving the Mental Health of Disabled People	322
Kralya A. A. Medical and Social Rehabilitation at the Mental Hospital No. 22 in Khimki (Moscow Region)	325
Mitikhin V. G., Mitikhina I. A., Yastrebov V. S., Solokhina T. A. Models of the Influence of Socio-economic Factors on Mental Health in the Russian Federation	328
Morozova E. V. Metsler A. V., Scotigor O. S. Problem of the Organization of Complex Psychosocial Rehabilitation of the Disabled People Living in Psychoneurological Inpatient Institutions	330
Neznanov N. G., Wied V. D. Transformation of the Concept of Rehabilitation in Present-Day Context	333
Rychkova O. V. Social Motivations of Schizophrenia Spectrum Disorders and Its Status in Psychiatric Rehabilitation	335
Sotnikov V. A. Psychosocial Rehabilitation of Children Who Suffered from Serious Illnesses in a Paradigm of Therapeutic Recreation	338
Tkhostov A. Psychological Issues of Rehabilitation of Cancer Patients	340
Chekhnadskiy I. I., Pryanikova E. V., Pustotin Yu. L., Zhabin M. O. Hospital Psychotherapeutic Work as the Basis of the Rehabilitation Process	342
Shtankov S. I., Esaulenko I. E., Rykova V. L. Reduction of Social and Economic Burden of Mental Disorders	344
Psychotherapeutic Approaches to Mental Health	347
Vasilyuk F. E. Co-experiencing Psychotherapy	347
Dubey V. S. Psycho-social Problems & Mental Health	349
Katkov A. L. Phenomenon of Mental Health Quality as a Subject of interdisciplinary Dialogue	352
Kocharian O. S., Barinova N. V. Superverbal Model of Client-centered Psychotherapy	354
Längle A. Existential Analysis—a Psychotherapeutic Understanding of Human Existence	357
Makarov V. V. Psychotherapeutic Aspects of Mental Health	359
Makarova E. V. The Key Elements of the Psychotherapeutic Education and Maintenance of the Professional Well-being During the Psychotherapeutic Practice	361
Milovanović M. B. The Other Side of Reality, Or: the Dreamwork	364
Misevich E. V. Psychotherapy of Railways—ways to Overcome the Stigma of Mental Disorders	366
Nemeth D. G. The Influence of Perception on Our Mental Health and Well-being	369
Panyukova I. A. Changes in Marital Relations System and Modern Multimodal Marital Therapy	371
Polozhaya Z. B. Spiritually Oriented Psychotherapy and Psychic Health of Humans in the XXI Century	373
Solovieva S. L. Psychotherapy for Healthy People	375
chenko A. B., Ershova G. G., Borisova G. A. Traditional Forms of Mental Health Maintenance in Modern Ethnicities, Descendants of Maya	377
Tabidze A. To Criterion of Estimation of Mental Health	380
Teperik R. F. Psychotherapy of Addicted Persons: Transforming Abusive Identity	382
Titova V. Model of the Mass Primary Psychotherapeutic Support of the Population of a Megalopolis	384
Fedosina S. S. “LifeDeath” Concept: Possibility of Application in Existential Psychotherapy	389
Himanshu Giri Psychotherapy in India and the West	391
Chan E. W. Associative Identities Therapy. A Unified Model for the Development and Treatment of PsychoPathologies of the XXI Century	392
Chugunov D. N. Features of the Provision of Psychotherapeutic Care During the Period of Economic, Social and Spiritual Crisis	396
Shigakova F. A. Features of Group Psychotherapy of Female Opium Addicts	398
Adaptive Physical Culture and Adaptive Sports in Mental Health System	401
Burns J. Inclusion in Elite Sport for Athletes with Intellectual Disabilities—going for Gold	401
Vorobiev S. A., Korotkov K. G., Korotkova A. K. Methods of Instrumental Assessment and Impact on the Psychophysiological State of Athletes of Russian Paralympic Teams	403
Gretsov A. G. Prevention of Mental Disorders and Rehabilitation of Children with Mental Disorders By Means of Adaptive Physical Culture	406
Evseev S. P. Adaptive Physical Culture and Adaptive Sports in the Mental Health System	408
Evseeva O. E. Adaptive Physical Culture in Work with the Elderly	411
Cisic T. Inclusion of Athletes with Intellectual Impairment in Paralympics: a Review	413

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В ЖИЗНЕННОМ ЦИКЛЕ ЧЕЛОВЕКА THE LIFE CYCLE APPROACH TO THE INDIVIDUAL'S MENTAL HEALTH

Охрана психического здоровья: детство и отрочество Child & Adolescent Mental Health

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Арина Г. А., Николаева В. В., д. псих. н., профессор,
Факультет психологии МГУ имени М. В. Ломоносова,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Предложена теоретико-эмпирическая модель внутренней картины здоровья (ВКЗ) по аналогии с феноменом внутренней картины болезни на основе культурно-исторического подхода к телесности. Согласно гипотезе уровни ВКЗ развиваются гетерохронно в онтогенезе и опосредуют поведение по отношению к здоровью. Эмпирически на материале развития ВКЗ в подростковом возрасте показана динамика когнитивного, эмоционально-оценочного и мотивационного уровней ВКЗ.

Ключевые слова

Психология здоровья, подростковый возраст, представления о здоровье, внутренняя картина здоровья.

GENDER- AND AGE-RELATED FEATURES OF THE INTERNAL PICTURE OF HEALTH IN ADOLESCENTS

Arina G., Nikolaeva V., Prof., Psy. D.,
Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The study introduces a theoretical-empirical model of the Internal Picture of Health (IPH) by analogy with the phenomenon of Internal Picture of Disease (IPD) based on cultural-historical approach to corporeality. According to the hypothesis, the levels of IPH develop heterochronically in ontogenesis and mediate health behavior. The dynamics of cognitive, emotional-evaluative and motivational levels of IPH is empirically shown in the case study of adolescent development.

Key words

Health psychology, adolescents, health representation, internal picture of health.

Субъектность поведения человека по отношению к здоровью является необходимостью, детерминированной как глобальными социо-экономическими, культурными изменениями, так и трансформациями общественных институтов здравоохранения и образования. В частности, это выражается в требовании к человеку быть ориентированным в вопросах сохранения здоровья таким образом, чтобы управлять рисками его

потери. Терминологически это нашло свое воплощение в представлениях о здоровом образе жизни, рисковом и профилактическом поведении по отношению к здоровью, а научно-практически — в междисциплинарном направлении «психология здоровья» [3].

Исследовательская проблема в данном контексте может быть сформулирована следующим образом: когда, в каком возрасте и при посредстве каких социокультурных, семейных и индивидуально-психологических факторов происходит становление индивидуальной субъектности здоровья и здорового образа жизни. В психологии здоровья в качестве центральных феноменов, определяющих развитие соответствующих форм поведения, рассматриваются представления о здоровье [1, 4], ценность здоровья [5], и — в отечественной традиции — внутренняя картина здоровья (ВКЗ) [3]. В последнем случае при исследовании возможно опираться на теоретико-методологическую основу клинической психологии телесности — культурно-исторический подход [2], а функциональную структуру феномена ВКЗ изучать по аналогии с хорошо эмпирически разработанным феноменом — внутренней картиной болезни [2].

В соответствии с обозначенной методологией анализа ВКЗ предстает как индивидуальный сложный психологический феномен, который развивается по линии интериоризации общественных значений и смыслов, носителями которых в окружении ребенка являются семья, учителя, врачи, сверстники, доступные ребенку средства массовой информации.

В своем развитом виде структура ВКЗ включает в себя сенсорный, эмоциональный, когнитивный, мотивационно-смысловой и поведенческий уровни, которые могут находиться в сложном и даже противоречивом взаимодействии.

К подростковому возрасту становится очевидной неоднородность и гетерохронность развития уровней ВКЗ: обширный набор представлений о здоровье и здоровом образе жизни не подкрепляется релевантными эмоционально-мотивационными структурами и не регулирует поведение подростка по отношению к здоровью. Также подростковый возраст демонстрирует переход от семейных стереотипов — когнитивных и эмоционально-смысловых — к индивидуально-субъектным, от формальных социально-нормативных представлений к частично осознанному и саморегулируемому поведению — здоровьесберегающему или здоровьеразрушающему его варианту.

Центральной задачей нашего эмпирического исследования стала проверка гипотезы о гетерохронности развития в подростковом возрасте (от младшего к старшему) когнитивного, эмоционально-ценностного и мотивационного уровней ВКЗ. Для проверки гипотезы был разработан пул методик, избирательно адресованных разным уровням ВКЗ. Когнитивный уровень был операционализирован методикой анализа представлений об иерархии факторов среды и собственного поведения, вредящих и помогающих сохранению здоровья; эмоционально-оценочный уровень изучался при помощи модифицированной методики цветового теста отношений (объекты, связанные со здоровьем и

благополучием, получали пространственно семантические связи, выражаемые системой интеркорреляций); мотивационный уровень обеспечивался в исследовании специально разработанными проективными методиками, в которых ценность здоровья соотносилась с другими мотивами и ценностями подростков (активной жизни, самореализации, удовольствия и др.). В качестве переменной-медиатора возрастных особенностей ВКЗ рассматривалось присутствие/отсутствие вредных привычек в виде табакокурения, приема алкоголя, злоупотребления фаст-фудом в повседневном режиме. Факт вредных привычек устанавливался на основе нескольких объективных источников. В исследовании приняли участие 108 подростков 7–11 классов нескольких московских школ, не имевших установленных соматических заболеваний.

Анализ показал, что девочки подросткового возраста (с 9-го класса) более тщательно, чем мальчики, скрывают факт курения. Это может рассматриваться как маркер интериоризации социального табу-отношения к вредным привычкам, однако, «знаемое» в данном случае превращается в реально действующий мотив более тщательного сокрытия нарушения запрета. К этому возрасту девочки имеют более социально-эталонные и сформированные представления о здоровом образе жизни, и реализуют эту модель независимо от наличия вредной привычки — курения. Мальчики той же возрастной группы не склонны скрывать курение, которое не просто меньше табуируется, а как известно, обслуживает мотивы группирования и взрослой самопрезентации. В отличие от девочек, мальчики с вредными привычками в целом меньше привержены здоровому образу жизни, их вредные привычки являются частью рискованного поведения (нарушения режима сна, увлечения гаджетами, фаст-фудом). От младшего к старшему подростковому возрасту в системе представлений подростков постепенно растет количество факторов, которые они считают вредящими здоровью, и к 11-му классу эти представления становятся социально стереотипными. При этом меняется местоположение вредных привычек в иерархии этих факторов: собственные вредные привычки (за исключением употребления наркотиков) теряют ведущее место в иерархии вредящих здоровью параметров образа жизни, наиболее ярко это выражено в системе представлений мальчиков, имеющих вредные привычки. Таким образом, когнитивная оценка не только отражает и реализует социально-нормативные представления о рисках для здоровья, но и выполняет функцию защитного механизма — рационализации — по отношению к нарушенному социальному запрету, создавая лояльность к рисковому поведению. Это находит свое выражение в укреплении внешнего локуса контроля здоровья, при котором именно вне-субъектные параметры — окружающая среда и другие люди — отвечают за поддержание здоровья.

Эмоционально-оценочный уровень ВКЗ развивается иначе, чем когнитивный: в младшем подростковом возрасте представления о здоровье не наполнены эмоциональным переживанием и в эмоционально-семантическом пространстве не связаны между собой.

К 9-му классу возникает и структурируется эмоционально-семантический контекст представлений о здоровье: у мальчиков здоровье связывается с активностью, позитивными эмоциями, и, в целом, со здоровым образом жизни; у девочек «здоровье» получает позитивную коннотацию вместе с представлениями об окружающей среде, а негативную — в контексте вредных привычек и болезни. Таким образом, у девочек к 9-му классу уровень представлений и эмоционально-оценочной коннотации здоровья объединяются и социально стереотипизируются, создавая связанную дихотомическую структуру «здоровье — болезнь» и «позитивно-нормативно — негативно-ненормативно». Фактор «наличие вредных привычек» играет медиаторную роль в организации эмоционально-оценочного семантического пространства только у мальчиков. Это выражается в том, что в невербальном плане «здоровье» связывается с отношением к здравоохранению и окружающей среде, но не с субъектными характеристиками. Другими словами, у мальчиков с вредными привычками внешний локус контроля здоровья существует не только на уровне когнитивных представлений, но и в эмоционально-оценочном — невербальном — плане.

Мотивационно-регуляторный уровень ВКЗ оказался меньше чувствительным к гендерным и возрастным различиям, чем другие уровни ВКЗ, а в большей степени определялся присутствием в образе жизни разных форм рискованного поведения. «Здоровье-разрушающее» поведение опосредствуется внешним локусом контроля как собственным, так и предполагаемым — родительским. Ценность здоровья существует преимущественно на уровне представлений и инструментально обслуживает, главным образом, физическую активность и внешнюю привлекательность.

Библиографический список

1. Блом В. В. Структура внутренней картины здоровья у школьников. Авторефер. дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2011.
2. Николаева В. В., Арина Г. А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. № 1. С. 119–126.
3. Психология здоровья. Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: «Питер», 2006. 607 с.
4. Рассказова Е. И., Иванова Т. Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2015. Т. 12, № 1. С. 105–130.
5. Iosiñan M., Arina G., Flahaut C. Values, coping strategies, and psychopathological symptoms among adolescents with asthma: a cross-cultural study // Journal of Cross-Cultural psychology, 2016.

PSYCHOLOGIST'S WORK IN A MULTIPROFESSIONAL HEALTH TEAM IN PREMATURE CHILD CARE

Afrange E.,
President of the Latin American Federation of Psychotherapy (Flapsi)
and the Brazilian Association of Psychotherapy (ABRAP)

Casseb R. L. S.,
Psychology Team Coordinator of Ambulatory Preterm Unifesp-EPM
São Paulo (SP), Brazil

Abstract

The survival of premature infants results from the work of multidisciplinary teams that provide comprehensive care to children and families through prevention and early intervention in the sphere of public health programs. The programs identify the pathological sequelae of prematurity to remedy or minimize its effects and support the family group in addressing these issues. A continuous interactive performance is part of the psychologist attached to the process strategy.

Key words

Prematurity, psychologist, multidisciplinary team, outpatient care, public health.

Introduction. Prematurity is a worldwide and growing public health problem, as the notes Born too soon report: the global action report on preterm birth, published by the World Health Organization (World Health Organization) in 2012.

Premature babies are born alive children before they completed 37 weeks of pregnancy. Based on the number of weeks of gestational age, they are in subcategorized: extremely premature (< 28 weeks), very preterm (28 to < 32 weeks)

and with moderate prematurity (32 to < 37 weeks).

Each year, fifteen million children are born premature in the world (Figure 1) and preterm birth rates are increasing regularly in almost all countries and in all social classes, and the risk is even greater in populations economically disadvantaged.

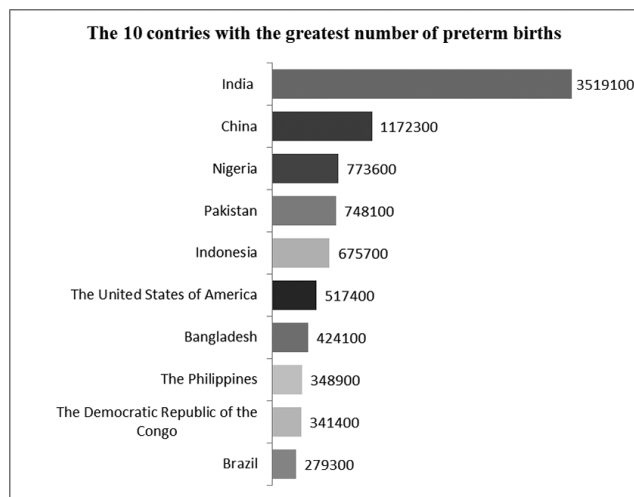


Fig. 1

More than a million children die each year due to complications of preterm birth and many survivors have losses related to the physical, cognitive, emotional and behavioural development that create a significant burden for their families and for society.

From the beginning of the 20th century, technological advances in medicine have provided higher survival rates for premature babies, but inequalities in survival rates in the world are still unequal. In developing countries, half of babies born at 32 weeks die due to lack of simple and effective measures such as, for example, breastfeeding support and basic care to prevent respiratory infections and difficulties. Brazil ranks 10th among the countries responsible for 60% of preterm births.

According to the Ministry of Health, the federal agency responsible for the organization and elaboration of public policies and plans aimed to promotion, prevention and health care of the Brazilians, prematurity in Brazil is the leading cause of death in the first month of life and the second among children under five years old. Maternal factors associated with the increase in prematurity rates in our country refer to low family socioeconomic status, prenatal care absent or inadequate, poor nutrition and malnutrition, excessive workload, stress, smoking, diabetes, hypertension, anaemia, infections, psycho-emotional demands, among others.

The use of advanced technologies and modern equipment in the hospital treatment, the presence of specialized professionals in attendance and the first immediate care at birth, the improvement in postnatal approach, as well as psychosocial support to families, have contributed to raise rates survival of premature babies born alive in Brazil.

A model. In this article, we present the work done in the Preterm Clinic of the University Hospital (Hospital

São Paulo), the Paulista School of Medicine (EPM) of the Federal University of Sao Paulo (Unifesp), headquartered in Sao Paulo (SP), southeast region of the country.

The Clinic is a centre specialized in monitoring premature created in 1981 in order to provide multidisciplinary care to preterm infants from the hospital by the end of adolescence. Ambulatory monitoring allows diagnosis and early treatment of possible sequelae of prematurity, minimizing its impact.

Each year, about one hundred preterm infants enter the Clinic, some weighing less than 1,500g. Nowadays, about nine hundred children and adolescents are being monitored, some of them 20 years old.

The treatment is done by Paediatricians, child neurologists, ophthalmologists, dentists, dermatologists, audiologists, psychologists, physiotherapists, nutritionists and social workers, as well as the professionals who provide care to children during their stay in the Neonatal Units. The good performance of the team is also due to the bond created with the patient's family because the hospitalization in these units can last more than three months.

The multidisciplinary team has the support of the non-governmental organization Viver e Sorrir in the aid of premature and families with economic difficulty and serious social problems that intensify the effects of prematurity.

Performance of Psychologist. The attention to psycho-emotional aspects of premature is one of the psychologist's work sheds because prematurity may result in determinative sequelae in child development and behaviour of his family.

Its primary action favours prophylactic aspects concerning the initial mother-child relationship, also inserted in the context of family organization, identifying factors, which quickly install, such as overzealous or lack of essential care.

Aligned with the therapeutic guidelines of the clinical staff, psychologist supports and assists the members of the multidisciplinary team in understanding the different demands of the pair mother-child and the development process of maternal role, acting holistically at the interfaces of the biopsychosocial aspects of premature and to his family. Therefore, the clinical staff of Preterm Clinic applies the method of Balint Group.

In the maternal role development process, continence capacity can be taught and stimulated by the attitudes of psychic host and listening by the team, in order that, restrained a first rejection impetus of premature child, the mother learn to create conditions to manage new requests that will arise in the progressive complexity of human development.

In a second step, the psychologist performance in the mother-child relationship is guide to establish an accurate diagnosis and appropriate psychotherapeutic intervention. This follows its integrated and continuous work with the multidisciplinary team in order to identify possible syndromes, such as anxiety, depression, obsession, compulsion, infantilism, with or without psychotic symptoms, indicative of the need for early intervention

in the prophylaxis of aggravation and medical complications.

In a third and possible intervention, the psychologist participates in all therapeutic planning of nosographic frames as offers complex specific treatments. In the screening and operationalization of therapy, offers empathy, care, clinical listening and reflection on the demands of all agents and subjects involved and delineates

the appropriate referral to their specific needs, for group or individual treatment.

The screening interviews, lasting thirty to sixty minutes, follow a standard script with anamnesis, psychological examination of the patient and psychological tests, which results in a clinical progress report to be presented and discussed with the whole team.

Bibliography

1. *Aberastury A.* El niño y sus juegos. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1990.
2. *Batista Pinto E. et al.* A criança prematura: implicações da parentalidade. In: Silva M. C. P.; Solis-Poton L. (Org.). Ser pai, ser mãe: a parentalidade, desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. P. 177–188.
3. *Bowlby J.* Apego e perda. Apego: a natureza do vínculo. Vol. 1. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
4. _____. The nature of the child's ties to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*, 1958. Vol. 39, P. 350–373.
5. *Brazelton T. B., Cramer B. G.* As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
6. *Dolto F.* O caso Dominique. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
7. _____. A imagem inconsciente do corpo. São Paulo: Perspectiva, 1992.
8. *Fundação Oswaldo Cruz.* Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde cuidados com o recém-nascido pré-termo. Vol. 4. Brasília, DF, 2011.
9. *Freud S.* Sobre o narcisismo: uma introdução. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Edição standard brasileira.
10. _____. O ego e o id. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1970. Edição standard brasileira.
11. _____. Inibições, sintomas e ansiedade. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1976. Edição standard brasileira.
12. *Klaus M. H., Kennel J. H.* Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
13. *Klein M.* Melanie Klein: psicologia. São Paulo: Ática, 1982.
14. _____. Amor culpa e reparação e outros trabalhos. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Obras completas.
15. *Mahler M. S., Pine F., Bergman A.* (1975). The psychological birth of the human infant. New York: Basic Books. Reimpressão Londres: Karnac Books, 1991.
16. *Mathelin C.* O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com bebês prematuros. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora. 1999.
17. *Mazet P., Stoleru S.* Manual de psicopatologia do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
18. *Stern D. N.* The first relationship: infant and mother. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1977.
19. _____. A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
20. *Spitz R. A.* O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
21. Winnicott D. W. A criança e o seu mundo. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
22. _____. Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
23. Zornig S. Prematuridade e trauma. *Revista da Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle*. Rio de Janeiro. Vol. 33, 2001.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОНИМАНИЯ ЛОГИКО-ГРАММАТИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ У ВТОРОКЛАССНИКОВ*

Ахутина Т. В.¹, Корнеев А. А.¹, Матвеева Е. Ю.¹, Статников А. И.²,

¹Факультет психологии МГУ имени М. В. Ломоносова,

²ГБУ ГППЦ ДОГМ

Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты исследования понимания логико-грамматических конструкций (ЛГК) учащимися 2-го класса (33 ученика, из них 12 с трудностями обучения). Дети проходили нейропсихологическое исследование и выполняли компьютерный тест на понимание ЛГК. Выделение детей с относительной слабостью

* Работа выполнена при поддержке РФНФ, проект № 16-06-01001.

функций левых/правых и передних/задних отделов коры, а также анализ корреляций параметров выполнения теста с нейропсихологическими индексами позволили показать участие всех указанных отделов в понимании ЛГК.

Ключевые слова

Понимание, обратимые грамматические конструкции, дети, левое и правое полушария, нейропсихология, компьютерные тесты.

NEUROPSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF THE LOGICAL-GRAMMATICAL CONSTRUCTIONS COMPREHENSION AMONG SECOND-GRADERS

Akhutina T. V.¹, Korneev A. A.¹, Matveeva E. Yu.¹, Statnikov A. I.²

¹Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology,

²City Psychological and Pedagogical Centre of Moscow Department of Education, Moscow, Russian Federation

Abstract

The article discusses the results of the logical-grammatical constructions (LGC) comprehension in second-graders (33 children, 12 of them with learning disabilities). Children were tested using neuropsychological assessment battery and computer-based test of the LGC comprehension. The identification of children with relatively weak functions of left/right and anterior/posterior parts of the cortex and the analysis of correlations between different test parameters and neuropsychological indexes allowed concluding that all mentioned parts of the brain are involved into the process of LGC comprehension.

Key words

Comprehension, reversible grammatical constructions, children, left and right hemispheres, neuropsychology, computer-based tests.

Анализ трудностей обучения у младших школьников обнаружил, что одной из причин их не умения решать задачи является проблема понимания логико-грамматических конструкций (ЛГК). Это, например, выражения «больше на», «меньше чем», «А длиннее Б в 3 раза» и т. п. И «А» и «Б» могут быть и длиннее и короче, поэтому конструкции, описывающие их соотношения, являются «семантически обратимыми» [Slobin, 1966].

Понимание обратимых ЛГК — сложный психический процесс, состоящий из разных речевых операций и предполагающий взаимодействие различных мозговых структур. В случае обратимых ЛГК, где члены предложения, обозначающие различные роли (например, субъект и объект действия как в предложении «Мальчик спас девочку»), могут меняться местами, понимание может быть достигнуто только с участием операций грамматического анализа. В понимании необратимых конструкций (например, «Мальчик съел котлету») они не обязательны, так как здесь понимание может опираться только на лексические значения [Caramazza, Zurif, 1976]. Грамматический анализ более сложен в случае пассивного залога («Девочка спасена мальчиком») и обратного порядка слов («Девочку спас мальчик» или «Мальчиком спасена девочка»).

Анализ афазии у взрослых показывает, что нарушения понимания ЛГК возникают при поражениях как нижних отделов левой премоторной области в

синдроме синтаксической афазии, так и левой зоны ТРО в синдроме пространственных расстройств [Лурья, 1947, 1975; Ахутина, 1989; Драгой и др., 2015; Berndt, Caramazza, 1980, 1981; Goodglass, 1976]. Трудности понимания ЛГК возможны и при поражении средне-височных отделов левого полушария из-за снижения слухо-речевой памяти [Ахутина, 1989]. Эти данные подтверждаются современными нейровизуализационными исследованиями [Kaan, Swaab, 2002; Ben-Schachar et al. 2004; Grodzinsky and Friederici, 2006; Rodd et al., 2010; Den Ouden et al., 2012].

Исследования понимания ЛГК детьми показывают, что и состав операций и их локализация меняются с возрастом. Так, дети 4 лет при понимании предложений опираются преимущественно на порядок слов, действуя по правилу семантического синтаксиса «Первое имя обозначает деятеля». Они лучше понимают конструкции типа «Мальчик спас девочку» и «Мальчиком спасена девочка» по сравнению с конструкциями, где имя деятеля стоит в конце [Ахутина, Величковский, Кемпе, 1988, Ахутина, 1989]. Вслед за работами Т. Бивера [Bever, 1975], выделившего две стратегии обработки информации, Т. В. Ахутина (1989) предположила, что правило опоры на порядок слов может опираться на холистическую правополушарную стратегию обработки информации.

Исследования показывают, что у детей в процесс понимания значительно больше вовлечены структуры правого полушария, об этом свидетельствуют данные

и психологического анализа [Bates et al., 1997, 2003; Киселев и др., 2007; Лапшина, 2011] и нейровизуализации [Кагунапуака, et al., 2006]. Роль серийной организации речи и зрительно-пространственных функций в понимании ЛГК у детей 7 лет была показана А. И. Статниковым (2013, 2015, 2016). Он же обнаружил следы действия правила семантического синтаксиса у типично развивающихся детей 7 лет и более отчетливо у их сверстников с общим недоразвитием речи (там же). Однако в этих работах вопрос об участии функций левого или правого полушария мозга специально не обсуждался.

Для речевых функций в целом показан сдвиг от правополушарной и биполушарной латерализации к левополушарной, причем у разных речевых функций этот сдвиг происходит в разное время [Neville, Bavelier, 2002; Bates et al., 2003; см. обзор Ахутина и др., 2013]. Остаются, однако, неясными вопросы о латерализации понимания ЛГК у детей 8 лет и зависимости понимания ЛГК от состояния других ВПФ.

Цель исследования — анализ понимания ЛГК у детей 8 лет и его связи с состоянием других ВПФ и в частности правосторонней и левосторонней стратегий обработки информации.

Испытуемые. В исследовании приняло участие 33 учащихся 2-го класса одной из московских школ (27 мальчиков, 6 девочек, средний возраст $(7,8 \pm 0,5)$ лет). По данным педагогов и родителей, а также анализа тетрадей, у 12 детей наблюдались трудности в обучении, остальные дети учились успешно.

Методика. Все ученики прошли нейропсихологическое обследование, адаптированное для детей 5–9 лет [Ахутина и др., 2012; Полонская, 2007]. На его основе были рассчитаны традиционные индексы функций: 1) программирования и контроля (далее передний индекс), 2) серийной организации движений; 3) переработки кинестетической, 4) слуховой, 5) зрительной, 6) зрительно-пространственной информации, 7) I-го блока мозга. Также были определены задний индекс (5 + 6) и индексы правополушарных и левополушарных функций обработки информации.

Дети выполняли компьютерную версию «Методики оценки способности понимать логико-грамматические конструкции» [Статников, Фетискина, 2012]. Она организована следующим образом. Субъекту, сидящему перед компьютером, через наушники зачитывается предложение, одновременно на экране появляются два изображения. Он должен выбрать изображение, подходящее к произносимому предложению, нажав на кнопку на клавиатуре компьютера. Программа регистрирует ответы детей, их правильность и время ответа. В методике используются 4 типа ЛГК: с действительным залогом, со страдательным залогом, предложные, инструментальные. Каждый из них варьируется по двум параметрам — обратимости по смыслу и порядку слов [Статников, 2013]. Всего предъявлялось 80 пар изображений и предложений.

Все дети были разделены на группы по двум критериям: во-первых, по левым/правым индексам и, во-вторых, по переднему (*anterior*) и заднему (*posterior*) индексам. Группа 1 (14 человек) включала детей с по-

казателями выше среднего по левым/правым индексам, в группу L (10 человек) и в группу R (9 человек) вошли дети с низким левым или правым индексом соответственно. Аналогично, группа 2 (12 человек) включала детей с показателями выше среднего по переднему и заднему индексам, в группу ANT (9 человек) и в группу POST (12 человек) вошли дети с низким передним или задним индексами.

Результаты. Суммарные нейропсихологические индексы детей указанных групп были следующими: группа 1 — -8,5 баллов, группа L — -2,28, группа R — 3,06; группа 2 — -14,80, группа ANT — -0,41, группа POST — 5,41 балла. Таким образом, у детей групп R и POST оценки за все ВПФ были ниже, что нужно учитывать при интерпретации результатов.

Все дети понимали успешнее ($p < 0,001$ по t -критерию) и быстрее ($p < 0,001$) необратимые ЛГК по сравнению с обратимыми, успешнее ЛГК с прямым порядком слов, чем ЛГК с обратным порядком слов ($p < 0,001$). Различия между пониманием ЛГК с активным и пассивным залогом по успешности и времени незначимы (табл. 1).

По данным дисперсионного анализа, значимые различия между группами 1, L и R наблюдаются в отношении правильности понимания необратимых ЛГК ($F(2,30) = 7,2$, $p = 0,003$), в понимании ЛГК с активным залогом ($F(2,30) = 4,136$, $p = 0,026$) и субзначимые — в понимании ЛГК с прямым порядком слов ($F(2,30) = 3,256$, $p = 0,053$).

При сравнении групп 2, ANT и POST значимые различия получены в правильности понимания необратимых ($F(2,30) = 3,585$, $p = 0,04$) и обратимых ЛГК ($F(2,30) = 3,839$, $p = 0,033$), ЛГК с пассивным залогом ($F(2,30) = 5,234$, $p = 0,011$), предложных ЛГК ($F(2,30) = 4,371$, $p = 0,022$) и ЛГК с прямым порядком слов ($F(2,0) = 3,654$, $p = 0,038$).

Эти данные позволяют сделать предположение, что в понимании необратимых ЛГК большее участие принимают задние отделы мозга, особенно правого полушария. Оно подкрепляется результатами корреляционного анализа, по Спирмену, показавшими значимую корреляцию успешности понимания этих ЛГК с правым индексом ($r = -0,344$, $p = 0,037$).

Понимание обратимых ЛГК больше связано с функциями левого полушария, о чем свидетельствует низкий уровень корреляции с правым индексом и субзначимый — с левым индексом. В нем участвуют и передние, и задние функции. Самые низкие показатели у группы POST, а корреляции показывают значимую связь с передним индексом ($r = -0,396$, $p = 0,014$) и субзначимую связь с задним индексом. С передним индексом связано и понимание ЛГК с активным и пассивным залогом ($r = -0,351$, $p = 0,031$ и $r = -0,394$, $p = 0,014$ соответственно), с прямым порядком слов в залоговых и предложных ЛГК.

На роль задних функций указывают и низкие показатели группы POST в понимании ЛГК с пассивным залогом и предложных ЛГК, и корреляции заднего индекса с пониманием предложных ЛГК ($r = -0,411$, $p = 0,019$) и субзначимая корреляция с пониманием ЛГК с активным залогом.

Таблица 1. Правильность понимания ЛГК в разных группах детей
(доля правильных ответов)

ЛГК	Группа					
	1	L	R	2	ANT	POST
Необратимые	0,99	0,98	0,95	0,99	0,97	0,96
Обратимые в целом	0,88	0,87	0,81	0,90	0,84	0,82
Обратимые с активным залогом	0,94	0,93	0,87	0,93	0,92	0,90
Обратимые с пассивным залогом	0,91	0,91	0,85	0,95	0,86	0,87
Обратимые предложные	0,92	0,90	0,84	0,94	0,92	0,82
Обратимые инструментальные	0,90	0,89	0,86	0,92	0,87	0,86
Обратимые с прямым порядком слов	0,93	0,91	0,84	0,95	0,88	0,87
Обратимые с обратным порядком слов	0,85	0,85	0,78	0,87	0,82	0,79

Анализ вклада правого полушария в понимание ЛГК показывает, что у детей группы R наихудшие результаты в понимании ЛГК с активным залогом и ЛГК с прямым порядком слов (значимость различий см. выше), а также и других ЛГК. Хотя у детей этой группы наиболее низкий суммарный индекс, не только это объясняет их низкие результаты. Анализ корреляций показывает наличие связи правого индекса с понима-

нием ЛГК в активном залогом ($r = -0,412$, $p = 0,013$), предложных ЛГК, особенно с прямым порядком слов в них.

Итак, мы обнаружили вклад и левого и правого полушария, а также передних и задних отделов коры в понимание ЛГК детьми 8 лет, что уточняет имеющиеся данные.

ПАРТНЕРСТВО С СЕМЬЕЙ ДУШЕВНОБОЛЬНОГО РЕБЕНКА – СТРАТЕГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Бибчук М. А., к. м. н., доцент,
ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова МЗ РФ,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Дано обоснование необходимости вовлечения родителей в оказание медицинской помощи детям с нарушением психического здоровья. Приведено определение семейно-ориентированной помощи. Отмечены преимущества и барьеры на пути формирования сотрудничества с родителями. Отражены вопросы кадрового дефицита специалистов, работающих с семьей. Выделены шаги по обеспечению качества медицинской помощи в рамках внедрения стратегического партнерства с семьей душевнобольного ребенка.

Ключевые слова

Качество медицинской помощи, дети, психические расстройства, семья, семейно-ориентированная помощь, сотрудничество.

PARTNERSHIP WITH A FAMILY HAVING A CHILD WITH MENTAL DISORDERS—STRATEGY FOR QUALITY IMPROVEMENT IN HEALTH CARE

**Bebchuk M. A., PhD (Medicine), Associate Professor,
The Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

This article provides substantiation of the need to involve parents in medical aid provision to children with mental disorders. Furthermore, the author highlights the lack of qualified staff to work with such families and

proposes measures for improving the quality of health care with the regard to introducing strategic partnership with a family having a mentally ill child.

Key words

Quality of health care, children, mental disorders, family, family-focused care, cooperation.

Значительное количество материалов ВОЗ 2002–2015 гг.¹ посвящено вопросам обеспечения качества медицинской помощи, охране психического здоровья и улучшению здоровья детей. Приоритетными задачами эксперты ВОЗ называют поддержку членов семей психически больных детей и детей с ограниченными интеллектуальными возможностями; привлечение родственников к активному участию в лечебном процессе; помощь в эффективном выполнении родительских функций; признание важного значения знаний и опыта членов семьи в качестве основы развития служб психического здоровья.

Исследования последних десятилетий также свидетельствуют о необходимости включения родителей на всех этапах оказания медицинской помощи детям и об эффективности подходов, центрированных на семье [4, 6]. При планировании качества и оптимизации медицинской помощи целесообразно учитывать дополнительные параметры ресурсов: потребность в ресурсе и возможность замещения его альтернативным ресурсом [3]. Если ресурсом считать микросоциальное окружение психически больного ребенка, т. е. семью, то потребность тяжелобольного ребенка в семье подкрепляется не только законодательством РФ (Семейный Кодекс (ст. 55)² и ФЗ № 323 (ст. 7)³), но и здравым смыслом. Редко, когда для ребенка существует иной (т. е. альтернативный) и такой же по значимости ресурс, как родители.

Вовлечение семьи в помощь ребенку означает участие семьи непосредственно в занятиях с семейным психологом или психотерапевтом. Целями психотерапии являются: оптимизация внутрисемейных отношений; выработка стратегий совладания со стрессом, вызванным заболеванием, госпитализацией, инвалидностью; снижение рецидивов, сокращение длительности и частоты госпитализации [1].

В широкой перспективе партнерство с семьей душевнобольного ребенка предполагает *переключение* системы здравоохранения со стандартной модели на модель сотрудничества с законными представителями, в рамках которой вовлечение семьи считается центральным звеном медицинской помощи детям. Согласно этой модели родители и любой специалист являются равными партнерами. Члены семьи приглашаются к активному участию в принятии решений, планировании и осуществлении помощи в той мере, в какой для них это возможно.

Таким образом, семейно-ориентированная помощь — подход, основные принципы которого за-

ключаются в том, что семья признается константой жизни ребенка; права родителей на воспитание детей не ущемляются; развивается сотрудничество родителей и специалистов; наиболее эффективным способом защиты прав ребенка признается поддержка его семьи; родителям постоянно предоставляется полная и непредвзятая информация о состоянии ребенка; защита прав ребенка осуществляется без разлучения с семьей и при сохранении ближайшего окружения, культурных и национальных традиций.

Однако эмпирические данные показывают, что врачам удобнее общаться с родственниками, если они не разбираются в вопросах медицины; врачи убеждены, что вмешательство родителей в ход лечения — фактор риска, который может спровоцировать врачебную ошибку и, следовательно, снизить качество медицинской помощи [2]. Важную роль играют психологические установки медицинских работников, включая организаторов здравоохранения («Мы — заботливые профессионалы и знаем лучше, что нужно нашим пациентам»; «Родители недостаточно образованы и эмоционально неустойчивы»; «Партнерство с семьей пациента отнимает много времени и стоит больших денег»), блокирующие идеи сотрудничества с родителями.

Исследования, посвященные вопросам качества и безопасности медицинской помощи детям, свидетельствуют, что уровень врачебных ошибок сокращается с 7–9% при стандартной организации помощи до 1% при введении семейно-ориентированной модели [4]. Значительная часть врачебных ошибок связана с отсутствием преемственности и приходится на моменты перехода пациента от одного специалиста к другому или передачи случая из одного звена помощи в другое (например, при госпитализации или выписке). Улучшение преемственности и координации действий специалистов возможно при вовлечении в процесс родителей, что требует обучения от профессионалов [5].

В 2015 г. утвержден новый ФГОС по специальности «Педиатрия»⁴, который включает единственную компетенцию, связанную с родителями. Так, выпускник должен обладать «...готовностью к обучению детей и их родителей основным *гигиеническим* мероприятиям, навыкам самоконтроля *физиологических* показателей (ПК-15)». Вопрос о *психологической* грамотности и *психологических* навыках врача-педиатра в контакте с родителями не поднимается. Федеральные государственные образовательные стандарты подготовки психиатров и психотерапевтов в ординату-

¹<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents>

²<http://semeyniy-kodeks-ri.com/statya-55-pravo-rebenka-na-obshhenie-s-rodityami-i-drugimi-rodstvennikami/>

³http://base.garant.ru/12191967/2/#block_120

⁴<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71091194/>

⁵<http://psichiater.ru/news/405>

ре (2014 г.)⁵ также не предусматривают формирование компетенций для работы с родителями душевнобольного ребенка.

Основы взаимодействия с семьей пациента и смысл отношений сотрудничества могли бы стать неотъемлемой частью всех образовательных программ подготовки медицинских работников, включая организаторов здравоохранения [4, 5].

Качественные исследования показали, что для большинства родителей крайне важны доступность семейно-ориентированной помощи; эмоциональная поддержка от специалистов; обучение обхождению с больным ребенком. Результаты опроса родителей свидетельствуют, что члены семьи душевнобольного ребенка чаще, чем это происходит в реальности, готовы к большему вовлечению и готовы обучаться коррекционным приемам для продолжения занятий дома. Важной частью образовательных программ для родителей является повышение уровня семейного функционирования с формированием ответственной позиции сотрудничества родственников между собой и со специалистами.

«Бонусы» от вовлечения родителей в медицинскую помощь, в первую очередь, имеют те, кому эта помощь оказывается, — дети. Параметры психологического состояния (реакции тоски или протеста), физи-

ческого здоровья (аппетит, сон), установки (в отношении врачей, лечения, госпитализации) и понимание (знания о состоянии, процедурах и лечении) у детей, которым оказывалась семейно-ориентированная помощь, благополучнее.

Методы достижения цели (построение системы эффективного сотрудничества с семьей) включают межведомственные соглашения; изменения нормативно-правовой базы; совершенствование локального нормативного обеспечения медицинской организации; использование академической науки и образовательных организаций для реализации программ дополнительного профессионального образования специалистов и обучения родителей; формирование средств эффективного обеспечения и контроля качества, включая обучение и инструктаж работников, занимающихся получением обратной связи от законных представителей психически больного ребенка. Для врачей, руководителей медицинских организаций и системы здравоохранения в целом обратная связь от членов семьи больного ребенка (не только о степени удовлетворенности) имеет важнейшее значение для планирования политики качества медицинской помощи детям, разработки программы обеспечения качества и реализации ее на практике.

Библиографический список

1. Билецкая М. П. Психологические особенности семей детей с психосоматическими расстройствами и семейная психотерапия [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2012. № 5(16). — <http://medpsy.ru> (дата обращения: 28.04.2016).
2. Волобуев Е. В. Отношения врачей и родственников пациентов в системе качества медицинской помощи. Дис. ... канд. мед. наук, Волгоград, 2011. 121 с. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat — <http://www.dissercat.com/content/otnosheniya-vrachei-i-rodstvennikov-patsientov-v-sisteme-kachestva-meditsinskoj-pomoshchi#ixzz3u77dnhUz>
3. Таевский А. Планирование мероприятий по улучшению качества. <http://www.zdrav.biz/index.php/management-kachestva-med-pomoschi/132-plan-uluchsheniya-med-kachestva>
4. Conway J., Johnson B., Edgman-Levitan S., Schlucter J., Ford D., Sodomka P., Simmons L. Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System. A Roadmap for the Future. A Work in Progress <http://www.hsi.gatech.edu/erfuture/images/c/c2/Family.pdf>
5. Kuo D. Z., Houtrow A. J., Arango P., Kuhlthau K. A., Simmons J. M., Neff J. M. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J.*, 2012 Feb; 16(2). P. 297–305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7.
6. Joanna Smith, Veronica Swallow, Imelda Coyne. Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care // *Journal of Pediatric Nursing*. 2015. 30. P. 143–159.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗНАНИЙ ДЕВОЧЕК/ДЕВУШЕК ПО ВОПРОСАМ ПОДГОТОВКИ К БУДУЩЕМУ МАТЕРИНСТВУ

Буланова Э. В., старший преподаватель,
ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет,
Тверь, Российская Федерация

Аннотация

В работе представлены результаты тестирования и опроса девочек-подростков и девушек фертильного возраста по вопросам образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма, особенностям образа мамы, педагогической роли женщины в семье при рождении ребёнка. Выявлен низкий уровень знаний более чем у 90% опрошенных. В вопросах воспитания ориентация не на ребёнка, не на уровень его развития, а прежде всего на себя. Установлен высокий эффект от образовательных занятий в рамках проекта

«Физическое и психическое здоровье девочки/девушки сегодня — залог успешного материнства и счастливой семейной жизни завтра», реализованного на средства, выделенные в качестве гранта на основании Общероссийского конкурса профилактических программ в сфере охраны психического здоровья детей и подростков «Здоровое поколение», проведённого Союзом охраны психического здоровья.

Ключевые слова

Педагогическая роль женщины в семье, подготовка девочек-подростков к материнству, формирование здорового женского организма.

WHAT GIRLS KNOW ABOUT FUTURE MATERNITY: RESULTS OF THE RESEARCH

**Bulanova E. V., Senior Lecturer,
Tver State Medical University,
Tver, Russian Federation**

Abstract

The results of the testing and survey among adolescent girls and women of childbearing age on the way of life, promoting the formation of a healthy female body, features of the image of the mother, pedagogical role of women in the family when a child is born. They revealed a low level of knowledge of more than 90% of respondents. In matters of upbringing a girl focuses not on her children and level of their development, but first of all on herself. The study indicates a powerful effect of educational activities within the project “Physical and mental health of girls/women today—the key to successful motherhood and happy family life tomorrow”. This project has been funded by the grant from the All-Russian competition of prevention programs in the field of mental health of children and teens “Healthy Generation”, conducted by the Union for Mental Health.

Key words

Pedagogical role of women in the family, training teenage girls for motherhood, creating a healthy female body.

Известно, что родительская любовь, с которой вынашивают малыша, мысли, связанные с его появлением, богатство родительского общения, обращённого к малышу, оказывают мощное развивающее воздействие на его психику [4]. Однако формирование новых ценностных ориентаций в жизни российского общества спровоцировали развитие ряда патологических процессов в социальной жизни. Одним из наиболее существенных является тенденция к негативному изменению представлений о ребёнке и роли матери: «ребёнок рассматривается как докучливое, ненужное создание, которое стараются «отодвинуть» даже чисто физически» [1, с. 196], переложив заботы воспитания на бабушек и дедушек. В свою очередь средства массовой информации усугубляют процесс, формируя утилитарный подход к воспитанию и проявлению родительской любви: надеть «правильный» подгузник, накормить «правильным» йогуртом. Тенденция профессионализации, маскулинизации, приоритета карьерных ориентаций и внешней привлекательности у современных женщин приводят к обесцениванию знания, связанного с рождением и воспитанием детей [2, с. 198]. Ценность семьи в воспитании и развитии детей не осознаётся в полной мере, на высоком уровне — психолого-педагогическая некомпетентность современных родителей. Сараева А. А. указывает, что преобладающим типом воспитания у современных родителей является непоследовательность и противоречи-

вость, что в свою очередь является пусковым звеном к формированию у ребёнка проблемного поведения. У 70% семей регистрируется тревожно-сопротивляющийся тип привязанности ребёнка к маме, приводящий к затруднению адаптации в новых социальных средах (детский сад, школа и т. д.) [3]. Исследователи делинквентного поведения сходятся в признании патогенного влияния деструктивных внутрисемейных отношений на психическое и нравственное развитие личности ребёнка, уделяя особое внимание неправильным воспитательным позициям матери.

Цель исследования — оценить уровень знаний девочек-подростков и девушек фертильного возраста по вопросам подготовки к будущему материнству.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали девушки-студентки ТГМУ в возрасте 17 лет ($n = 200$), девочки-подростки учебных заведений г. Твери и Тверской области ($n = 194$, возраст (15 ± 1)). Девушкам было проведено психологическое тестирование (ММРІ — дериваты — 2 в модификации Березина Ф. Б., предназначенное для изучения самочувствия испытуемых, их привычек, особенностей поведения, отношений к различным жизненным явлениям и ценностям, нравственной стороны этих отношений, специфики межличностных отношений, направленности интересов, уровня активности и настроения), а также предложено специально разработанное (авторское) интервью, содержащее вопросы по

особенностям формирования здорового женского организма и педагогической роли женщины в семье при рождении ребёнка. Исследование было проведено в рамках проекта «Физическое и психическое здоровье девочки/девушки сегодня — залог успешного материнства и счастливой семейной жизни завтра», реализованного на средства, выделенные в качестве гранта на основании Общероссийского конкурса профилактических программ в сфере охраны психического здоровья детей и подростков «Здоровое поколение», проведённого Союзом охраны психического здоровья.

Получены следующие данные: — высокий уровень оптимистичности установлен только у 22% обследованных девушек, — более чем у 60% доминируют такие проявления, как сверхконтроль, пессимистичность, ригидность, тревожность, индивидуалистичность и интроверсия; характерны скупость эмоциональных проявлений, осторожность, осмотрительность, чувство ответственности, совестливость, обязательность, скромность, повышенная тревожность в отношении мелких житейских проблем, тревога за судьбу близких; склонность к раздумьям превалирует над чувствами и действенной активностью; защитными механизмами выступают отказ от самореализации и усиление контроля сознания; у 31% девушек установлена высокая степень выраженности признака по шкале «мужественность»: для них характерны черты мужественности, независимости, стремления к эмансипации, самостоятельности в принятии решений, отсутствие, обычно присущей женщинам кокетливости, мягкости в общении, дипломатичности в межличностных контактах; при этом достаточно ярко проявляются мужеподобные характеристики поведения, превалируют тенденции прагматического отношения к социальным контактам с отсутствием склонности к постоянству и душевной привязанности.

У 99% опрошенных установлен низкий уровень знаний по вопросам образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма; у 90% отсутствуют знания по особенностям питания для девушек, о влиянии здоровья мамы на ребёнка, о влиянии типа психики женщины на её гормональный фон и репродуктивную функцию, о конституциональных особенностях девушек. У обследованных девочек-подростков отсутствует правильное понимание понятия «здоровый образ жизни»; распределение понимания понятия «здоровый образ жизни» следующее: как отсутствие вредных привычек — 62,1%, как занятие спортом — 59,8%, как особое состояние психики — 13,8%, как необходимость правильно сформировать свой образ жизни — 1,1%; то есть, у большинства девочек-подростков сформировано понимание, что чтобы было здоровье, нужно только исключить вредные привычки.

Установлена высокая мотивация у 62% девушек на семью (у 33,3% на создание семьи, у 5% на рождение детей, у 19% на счастье). Более 70% настроены иметь двух и более детей. Однако у 95% отсутствуют знания о педагогической роли женщины в семье при рождении ребёнка. Образ мамы у 74% ассоциируется с понятием «мама — это опора в жизни», у 21% — «мама — это забота». В вопросах воспитания уже сейчас девочки-подростки и девушки ориентированы не на ребёнка, не на уровень его развития, а прежде всего на себя. В ответах фигурируют такие высказывания: «главное родить», «какая разница, кто родиться», «первой должна быть девочка, так как мне это удобно», «первый мальчик — так легче», «мне так нравится». 60% девушек планируют воспитывать сына до конца его жизни, что явно грозит значительной инфантилизацией мужского населения. 23% планируют уделять воспитательное внимание дочери только до 14 лет.

По результатам опроса нами проведены обучающие занятия в рамках проекта и мастер-классы в рамках образовательного фестиваля «Здоровая и счастливая»: по особенностям образа жизни, формирующего здоровую маму; по влиянию здоровья мамы на ребёнка; по особенностям формирования женского образа и образа мамы; по педагогической роли женщины в семье при рождении ребёнка; ролевые игры по особенностям занятий с малышом. В 100% установлена высокая заинтересованность девочек-подростков и девушек в подобных занятиях. Повторный опрос показал повышение уровня знаний у 25% девушек на 40%, у 20% — на 80%, у 18% — на 50%, у 16% — на 30%, у 13% — на 60%, у 10% — на 70%, у 8% — на 100%.

Отсроченный результат: 95,2% участниц проекта выступили популяризаторами образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма, в своих учебных заведениях.

Выводы. Таким образом, в результате проведённого исследования нами установлен низкий исходный уровень знаний девочек-подростков и девушек фертильного возраста по вопросам формирования здорового женского организма и подготовки к будущему материнству. Особенно на низком уровне находится психолого-педагогическая компетенция будущих мам. Однако, проведение специальных занятия и мероприятий образовательного плана позволят решить данную проблему.

Мы выступаем с рекомендациями о включении в школьные программы образовательных минимумов по формированию у девочек/девушек навыков и компетенций по ведению образа жизни, способствующего формированию здорового женского организма, и подготовки к будущему материнству.

Библиографический список

1. Беляева С. И. Эмоционально-личностные характеристики матери и стиль материнского воспитания как фактор социализации ребёнка // Материалы V Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психического здоровья» / Под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. М.: ООО ONEBOOK.RU. 381 с.
2. Галой Н. Ю. Роль матери и отца как фактор социально-психологического здоровья ребёнка // Там же.

3. *Овчарова Р. В.* Родительство как психологический феномен: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. 496 с.
4. *Цареградская Ж. В.* Ребёнок от зачатия до года. Первое российское учебное пособие по перинатальному воспитанию. — М.: Астрель: АСТ, 2005. 281 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИХ СРЕД РАЗВИТИЯ

**Бурлакова Н. С., к. псих. н., доцент,
МГУ имени М. В. Ломоносова, факультет психологии,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В статье доказана необходимость дифференцированного культурно-исторического анализа развития ребенка в условиях социальной и культурной стратификации современного российского общества. Проведенные исследования позволяют обозначить серьезные области риска в психологическом здоровье детей в условиях различных культурно-исторических сред развития.

Ключевые слова

Психологическое здоровье, культурно-исторический анализ, культурно-историческая среда развития, дети старшего дошкольного возраста.

CHILDREN'S MENTAL HEALTH IN VARIOUS CULTURAL AND HISTORICAL ENVIRONMENTS

**Burlakova N. S., PhD (PSychology), Associate Professor,
Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology,
Clinical Psychology Department,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The paper emphasizes the need for a differentiated cultural historical analysis of children's development in the contemporary social and cultural stratification of the Russian society. The study conducted by the authors reveals high-risk areas in mental health of children in different cultural and historical development environments.

Key words

Psychological health of the child, cultural-historical analysis, cultural and historical environments, children senior preschool age.

Проблема психического здоровья является центром сосредоточения усилий специалистов в разных областях научного знания. Все обостреннее осознается многомерность понятия, тесная его связь не только с наличием того или иного расстройства психического функционирования, но и психологически-личностной составляющей, невозможность его обсуждения без понимания культурно-исторической природы тех смысловых содержаний, которые описывают области «здорового» и «больного» в различные эпохи и в разных культурах. На сегодняшний день в клинической психологии продолжаются острые дискуссии исследователей, придерживающихся позитивистской (и ее разновидностей) и культурно-исторической, холистической парадигм [1, 4, 7, 11], обсуждаются возможности и ограничения биопсихосоциального подхода применительно к проблеме психического здоровья [10],

все большую актуальность приобретают кросскультурные исследования [9].

Проблема психического здоровья в отечественной клинической психологии традиционно разрабатывалась в неразрывной связи с фундаментальной проблемой нормы и патологии в развитии (Выготский Л. С., Зейгарник Б. В., Лебединский В. В., Братусь Б. С.). Б. В. Зейгарник, определяя предмет патопсихологии, подчеркивала, что о патологии в психологическом функционировании личности можно говорить, опираясь на представления о закономерностях формирования и протекания психических процессов в норме. Согласно культурно-историческому подходу, норма не может носить абстрактный статистический характер, а определяется развитием культуры, ситуацией развития культуры. На сегодняшний день наблюдается существование различных социальных и культурных

норм в разных слоях, стратах и социальных группах общества, проявляющихся в образе жизни, ценностях, различных представлениях о ребенке, в том числе идеальных его проектах, требованиях к нему. Иногда эти различия достаточно явные, и исходя из них, имеет смысл говорить как о уже нарушенных психических образованиях, так и о рискованных позициях и вариантах. В этой связи необходим уход от «натуралистических» исследований в пользу *конкретных описаний культурно-исторических сред* (включая особенности семьи), внутри которых происходит развитие ребенка и *дифференцированно-конкретного рассмотрения феномена психического и психологического здоровья* в этих средах [2]. Необходим анализ и фиксация этих сред не только с внешней объективной позиции, но и в дальнейшем реконструкция их действия в особенностях структуры самосознания детей, где можно видеть интроспекцию и интериоризацию этих своего рода социально-семиотических «машин». В этом направлении представляется важным развитие средств и способов феноменологического анализа детского самосознания, что дает возможность живого соприкосновения не только с функционированием различных культурных форм в самосознании ребенка, но и со способами и механизмами их формирования [3].

В условиях детоцентризма, характерных, например, для средних и высших социальных страт мегаполиса, невозможно ожидать тех же самых особенностей развития, что и у детей из отдаленного на многие километры от Москвы небольшого поселка. Эту конкретную для каждой социальной общности культурно-нормативную «матрицу» развития с присущими механизмами развития важно обобщенно и качественно описать. Исходя из этого описания, становятся отчетливыми вариации отклонений в развитии. Однако следует отметить, что в ситуации, начиная с 1990-х годов и до сегодняшнего дня, сами культурные нормы могли окрашиваться патологическими составляющими (в том смысле, что они не ведут к психическому здоровью детей) также. Это происходит в связи с инфантилизацией культуры, кризисными общественными явлениями, в том числе и в институте семьи, экспериментальными подходами к развитию, подражательно-имитирующими технологиями без соответствующей рефлексии [8].

В традиции культурно-исторического подхода Л. С. Выготского [6], норма задается именно культурой и культурно-исторической ситуацией, ценностными представлениями о ребенке, стратегиями воспитания и пр. Например, наши исследования показывают, что в рамках высокоресурсной средне-высшей социальной страты в г. Москве в связи с кризисными ситуациями в культуре и соответствующих подходов к воспитанию в рамках дошкольных учреждений определенного «престижного» типа, выстроенных в русле соответствующих родительских запросов и ожиданий, формируются рискованные варианты в развитии самосознания детей старшего дошкольного возраста следующего характера: усваивается субъективная позиция «последнее слово всегда за ребенком», от-

мечается заостренное переживание личной исключительности, нивелирование ценности Другого, индивидуалистически-болезненная конкурентная установка. Дети старшего дошкольного возраста прибегают в разрешении трудных ситуаций не к реально совершенным усилиям по их преодолению, но к виртуозному использованию словесных изобретений, указывающих на культивирование индивидуалистически-яркого мышления, формируемого в отрыве от оптимальных для возраста задач эмоционально-личностного развития, либо, напротив, не перенося малейшую фрустрацию, начинают прибегать к примитивным способам защиты своих интересов (например, кусая другого ребенка). Это происходит в условиях, когда детей в соответствии с ценностными приоритетами родителей посредством центральной педагогической стратегии с использованием концепта «волшебства» инфантилизируют, потакают детским капризам, минимизируют уровень фрустрации, нивелируя ценность труда, работы, усилия и пр. [5] Исходя из этой нормы, изучаются соответственно различные вариации патологии. С этой точки зрения норма и патология развития имеют определенную диалектическую связь. В этом смысле задаваемая в определенной ситуации культуры норма имплицитно и определенные отклонения.

Таким образом, нормальное развитие как показатель психического и психологического здоровья определяется не только как диагностическое утверждение в его противоположности аномальному, но и *генетически, с точки зрения тех культурных состояний самосознания, средств, механизмов, которые формируют самосознание и мышление детей, и через те социальные ситуации, в которые погружаются дети.*

В следующем цикле работ были выявлены особенности культурно-исторической среды, в которую помещен ребенок мегаполиса (средней и средне-высшей страты) и отдаленного на многие километры от Москвы одного из поселков в Кировской области, особенности нормального и рискованных вариантов развития вне отрыва с включением исторических реалий, социальной среды, семьи как некоторой культурной системы; представлены основания, этапы, методы и средства такого анализа.

Обозначим некоторые рискованные позиции, которые проявляются очень ярко в среде поселка и затушеваны в Москве, либо имеют отличия при отчасти сходном внешнем проявлении, а также выделим отдельные механизмы культурно-исторического характера, задействованные в их формировании. Например, феномен подавления аутентичности, неуверенности в себе, чувства неполноценности и отверженности, которые наблюдались у некоторых детей из поселка из семей, чей образ жизни был отличен от большинства (например, многодетная семья, все члены которой занимаются сбором грибов и ягод на продажу и выращиванием овощей; или семья иной национальности, чем большинство жителей поселка). Данные дети не имели каких-либо отклонений в умственном и физическом развитии, проблем в регуляции поведения, однако ощущали стабильную подавленность настроения,

часто находились в одиночестве. В отличие от классического подхода к нарушениям в развитии личности, источником которых видится семья, на нашем материале заметно, что развитие ребенка определяется более широким социальным и культурным контекстом. В частности, семья является определенной частью более широкой структуры, в которую входит ребенок. Важен социальный статус семьи в более широкой группе семей. Обнаружилось, что если семья обладает низким социальным статусом, а тем более подвергается некоторому отвержению социальной группы (например, отличный от большинства семей способ жизни и ценности), то этому вольно или невольно следуют *также дети дошкольного возраста и детская субкультура*. Соответственно дети из «отверженных» семей или семей с низким социальным статусом подвергаются более мощной фрустрации не со стороны членов семьи, но *со стороны более широкого социального окружения, причем как со стороны взрослых, так и со стороны детей*.

Еще одной областью риска для развития личности детей старшего дошкольного возраста из поселка в отличие от большинства московских детей из средней и средне-высшей социальной страты стал выявленный

дефицит позитивных идентификаций в самосознании, особенно у мальчиков. Обнаружилось, что взрослые в поселке по отношению к детям высказывают меньше поощрений (за исключением работы и умения что-то делать руками, важен работник), используют запреты, нередко телесные наказания. Происходит своего рода движение «по коридору»: преимущественно акцентируется, что нельзя и плохо в плане действий и поведения, при этом в дефиците ободрение ребенка, поддержка иных возможных положительных идентификаций, кроме практического навыка помощника в труде (например, способности учиться).

Анализ полученных данных показывает, что отклонения и риски возникновения отклонений в личностном развитии ребенка имеют различную структуру, механизмы в условиях разных культурно-исторических сред. Понимание этого дает возможность для конкретного и системного обсуждения проблемы психического и психологического здоровья детей, позволяя предметно разрабатывать область профилактических и психокоррекционных задач, локализованных не только на уровне семьи или конкретного ребенка, но и на уровне широкой социальной среды, в которой происходит его развитие.

Библиографический список

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988.
2. Бурлакова Н. С. Культурно-исторический анализ нарушений развития детей из разных социальных слоев и субкультур // Сб. статей V Международного конгресса «Молодое поколение XX века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». М., 2013. С. 290–291.
3. Бурлакова Н. С. О новых возможностях и перспективах развития проективной методологии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2008. № 4. С. 3–19.
4. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Уровни культурно-исторического анализа в клинической психологии // Вопросы психологии. 2012. № 6. С. 36–45.
5. Бурлакова Н. С., Быкова П. С. «Сказочная педагогика» и несказочные риски в эмоционально-личностном развитии детей старшего дошкольного возраста // Национальный психологический журнал. 2015. Т. 18, № 2. С. 123–133.
6. Выготский Л. С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 5. М.: Педагогика, 1983.
7. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
8. Карабанова О. А. Социальное конструирование детства // Образовательная политика. 2010. № 5–6. С. 52–61.
9. Николаева В. В., Арина Г. А., Иосифян М. А., Черкасенко Н. А. Сравнительный анализ представлений о ценности здоровья у российских и американских подростков // Материалы конференции «Психология человека в условиях здоровья и болезни». Тамбов, 2011. С. 159–162.
10. Рассказова Е. И., Тхостов А. Ш. Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2015. Т. 2. С. 17–2.
11. Холмогорова А. Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 4. С. 53–61.

ПРИВЯЗАННОСТЬ К МАТЕРИ КАК БАЗИСНОЕ УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Бурменская Г. В., к. псих. н., доцент,
Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова,
Факультет психологии,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена онтогенетической роли привязанности к близкому взрослому и механизмам ее влияния на психическое развитие. Показана тесная связь типа привязанности к матери с основными компонентами психологического благополучия (сфера значимых взаимоотношений, самопринятие, личностная автономия и др.).

Ключевые слова

Привязанность к матери, ранний опыт, надежная и ненадежная привязанность, механизмы влияния привязанности к матери, психологическое благополучие.

ATTACHMENT TO MOTHER AS THE BASIC CONDITION OF MENTAL DEVELOPMENT AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

**Burmenskaya G. V., PhD (Psychology), Associate Professor,
Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article analyses the ontogenetic role of attachment to mother and mechanisms of its influence on mental development. There is a close relationship between a secure or insecure attachment to mother and main components of psychological well-being (sphere of meaningful relationships, self-esteem, personal autonomy, etc.).

Key words

Attachment to mother, early experiences, secure and insecure attachment, mechanisms of mother attachment influence, psychological well-being.

К настоящему времени накоплены обширные данные об исключительно глубоком и разностороннем воздействии на формирование индивидуально-личностных особенностей ребенка его ранних эмоциональных связей с близким взрослым [1, 3, 5]. В качестве первичной и основной эмоциональной связи ребенка выступает *привязанность к матери* (ПМ). Побуждая ребенка в ситуации любого стресса быть рядом с матерью, ПМ обеспечивает ему чувство защищенности, избавляет от тревоги и страха. В основе ПМ лежит сложная социально ориентированная система, включающая в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты [1]. Установлено влияние ПМ на многие аспекты коммуникативного, эмоционального и познавательного развития детей от дошкольного до подросткового возраста включительно. Более того, работы последнего десятилетия доказывают воздействие типа ранней ПМ на ведущие психологические процессы и индивидуально-личностные черты *взрослого* человека [5].

Принципиально, что с самого раннего детства ПМ принимает качественно-специфические формы в зависимости от целого ряда условий и, прежде всего, — от поведения матери: ее чуткости, степени эмоционального принятия ребенка, адекватности реагирования, а главное, способности исключить или предотвратить у ребенка стресс, страдания, хронический дискомфорт, тревогу, страхи и др. *Надежная* ПМ возникает в условиях достаточной заботы и чуткости со стороны матери и, создавая прочное чувство защищенности, способствует формированию эмоциональной откры-

тости, доверия, уверенности в себе и позитивных социальных установок в отношении окружающих.

Напротив, при недостаточной чуткости матери к состоянию и потребностям ребенка, при дисгармоничности взаимодействия и, как следствие, накоплении негативных переживаний у ребенка формируются *ненадежные* типы ПМ: амбивалентный (тревожно-агрессивный) и избегающий (тревожно-тормозимый), а также дезорганизованный (при нарушениях развития). Этим типам ПМ сопутствуют легкость возникновения стресса и негативных эмоциональных реакций (тревога, гнев в случае амбивалентной ПМ либо подавление и вытеснение тревоги, дистанцирование в случае избегающей ПМ). В итоге тип ПМ задает определенную *организацию эмоционально-личностной сферы и способы регуляции эмоциональных реакций*, которые в качестве внутренних факторов затем участвуют в формировании психологических структур более высокого уровня. Каковы же конкретные *механизмы влияния ПМ* на последующих этапах онтогенеза? Кратко суммируем их:

- 1) опыт взаимодействия с близким взрослым, к которому привязан ребенок в раннем детстве, закладывает основы базовой *модели* (матрицы) для построения всех последующих *отношений и взаимодействий* с окружением;
- 2) в рамках отношений ПМ у ребенка формируется *образ значимого другого*, связанный с определенной системой представлений, чувств и ожида-

- ний, выполняющий *ориентирующую роль в сфере общения и социальных контактов*;
- 3) на основе отношения близкого взрослого, к которому привязан ребенок, у него начинает формироваться *эмоционально окрашенный образ Я* и возникает первичное *самоощущение*, а затем *самоотношение* и *самооценка*;
 - 4) контакт с близким взрослым обеспечивает ребенку чувство *защищенности*, дает спокойствие и уверенность, снимает ощущение тревоги и беспомощности, создавая первичные механизмы *эмоциональной регуляции*;
 - 5) чувство защищенности, обеспечиваемое ПМ, служит необходимой предпосылкой для развертывания ребенком *ориентировочной* деятельности по отношению к окружающему миру и развития *познавательных* процессов;
 - 6) с базовой моделью отношений ПМ тесно связано формирование способности в ситуации стресса или затруднения *искать поддержку* у близкого человека (объекта привязанности), а затем и *умение самому заботиться* о других людях, оказывать им поддержку;
 - 7) характер заботы матери о ребенке и ее эмоциональное отношение к нему, определяющие формирование того или иного *типа ПМ*, как правило, являются *устойчивыми* характеристиками и, следовательно, создают тенденцию к *стабильности*, закреплению исходной модели на последующих возрастных этапах;
 - 8) в случае существенного изменения отношения матери к ребенку (в лучшую сторону или в худшую, например, в ситуации болезни матери) перестраивается в первую очередь пласт их *реального взаимодействия*, тогда как лежащая в основе *система ПМ* со сложившимися представлениями о близком взрослом, определенным образом *Я* и годами накопленным эмоциональным опытом отношений преобразуются намного медленнее и сложнее.

Интересно, что современные исследования в области молекулярной биологии и *эпигенетики* проливают новый свет на *непсихологическую* сторону феномена ПМ — внутриклеточные процессы так называемого «онтогенетического программирования» в ходе пре- и раннего постнатального нейrogenеза. Показано, что при недостаточной родительской заботе стресс в пренатальном периоде и младенчестве может кардинально менять (повышать) чувствительность к действию других неблагоприятных факторов в ходе последующего развития [6]. Стресс раннего периода жизни выступает в качестве одного из самых мощных факторов, влияющих через измененные процессы нейrogenеза на психическое развитие и поведение, например, на формирование тревожности и агрессивности, снижение исследовательской и коммуникативной активности [4].

По сути, эпигенетика приоткрывает нам сегодня, как на молекулярно-клеточном уровне отображаются сложные ориентировочные и социо-эмоциональные процессы, которые первоначально разворачиваются и

складываются в реальном взаимодействии ребенка с матерью в рамках ПМ. Тем самым данные эпигенетики со своей стороны дают дополнительное объяснение, почему *ранний опыт* — эмоционально положительный, негативный либо травматический — имеет стойкий и весьма отдаленный по времени эффект: *опыт* переживаний как бы материализуется, принимая форму следов или «записанных» в нейронах *эпигенетических меток*, которые могут в дальнейшем предопределять общие стратегии реагирования на стресс.

Поскольку в ходе онтогенеза многие структуры личности ребенка формируются («закладываются») *в условиях того или иного типа ПМ*, и *характер привязанности* (разумеется, наряду с иными факторами) *опосредствует* формирование других, более поздних новообразований, система ПМ оказывается одним из наиболее весомых психологических факторов, способных задавать специфику общего русла развития в виде определенного *типологического варианта* далеко за пределами раннего детства [2].

Затрагивая систему базовых психологических новообразований, влияние ПМ не может не распространяться и на *психологическое благополучие* (ПБ) *развивающегося субъекта*. Широко известная концепция ПБ, созданная К.Рифф, рассматривает его как интегральное образование, в структуру которого входят шесть компонентов: позитивная система взаимоотношений, самопринятие, компетентность, личностная автономия, значимые цели и личностный рост.

Хотя данная модель первоначально адресовалась зрелым периодам жизни, структура ее показателей во многом применима и в отношении более ранних возрастных периодов: по сути, она затрагивает *общие возрастные* аспекты развития человека. По меньшей мере, для первых четырех компонентов ПБ сегодня имеются достаточные эмпирические основания считать, что их оптимальное развитие в онтогенезе происходит в тесной связи с надежным типом ПМ. Также имеются данные, что надежная ПМ может служить значимым предиктором не только в отношении сохранения *психического здоровья*, понимаемого как соответствие норме (отсутствие расстройств и отклонений), но и таких показателей собственно *психологического благополучия*, как позитивная эмоциональность, устойчивость к психотравмирующим воздействиям, а также в отношении оптимистического мировосприятия, просоциальных установок, толерантности в общении, эмпатии и многого другого [2, 5]. Четко прослеживается *единая тенденция*: и дети, и взрослые люди *с надежным типом ПМ чувствуют себя более уверенными и счастливыми, они активнее и успешнее реализуют себя* в самых разных сферах жизни.

Надежную ПМ, таким образом, следует рассматривать как базисное условие психического развития, ключевой предиктор основ психологического благополучия, а также приоритетную цель профилактики широкого спектра психологических проблем и нарушений.

Библиографический список

1. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 480 с.
2. Бурменская Г. В. Мировосприятие детей с разными типами привязанности к матери // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2011. № 2. С. 21–35.
3. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. — СПб.: Питер, 2009. 320 с.
4. Розанов В. А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 1. С. 79–86.
5. Mikulincer M., Shaver P. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. N. Y., 2007. 578 p.
6. Sapolsky R. M. Mothering style and methylation // Nature Neuroscience, 2004. Vol. 7(8). P. 791–792.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Вихристюк О. В., к. псих. н.,
руководитель Центра экстренной психологической помощи
ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет»,
Банников Г. С.², к. м. н., заведующий лабораторией,
«Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи»
Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО МГППУ,
старший научный сотрудник отдела суицидологии филиала ФГБУ «ФМИЦПН»
им. В. П. Сербского Минздрава России,
Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской
психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается складывающаяся система профилактики суицидального поведения обучающихся в школах Москвы. Приведена статистика за 2015 г. завершенных суицидов обучающихся в образовательных организациях столичной системы образования, проанализированы основные причины подростковых суицидов. Перечислены основные направления профилактических мероприятий в системе столичного образования.

Ключевые слова

Профилактика подростковых суицидов, суицидальное поведение, суицидальный риск.

PROPHYLAXIS OF SUICIDAL BEHAVIOUR OF TEENAGERS IN THE EDUCATIONAL SYSTEM OF THE CITY OF MOSCOW

Vikhristyuk O. V., PhD (Psychology),
Head of the Centre for Emergency Psychological Assistance,
Moscow State University of Psychology and Education
Bannikov G. S., MD, PhD (Medicine),
Head of Laboratory of Emergency Psychological Assistance in the Centre for
Emergency Psychological Assistance, Moscow State University of Psychology and
Education; Senior Research Fellow in Suicidology Department, Moscow Research
Institute of Psychiatry, Federal Medical Research Center for Psychiatry and
Narcology, Ministry of Health of the Russian Federation,
Center for Emergency Psychological Aid,
Moscow State University of Psychology and Education
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the developing system of prophylaxis of juvenile suicidal behaviour among schoolchildren in the city of Moscow. The authors present the statistics of suicides committed by students from educational

institutions of Moscow in 2015 and analyse the main reasons for juvenile suicides. In addition, the authors specify the major guidelines for the development of prevention measures to be introduced in the educational system of the capital city of Russia.

Key words

Prophylaxis of juvenile suicides, suicidal behaviour, suicidal risk.

По данным Всемирной психиатрической ассоциации наиболее уязвимыми в отношении самоубийства являются старшие подростки в возрасте от 15 до 19 лет [7]. Согласно данным Следственного комитета города Москвы в 2014–2015 гг. в городе Москве наблюдается рост количества суицидов несовершеннолетних [3], что делает задачу профилактики суицидального поведения обучающихся в Москве актуальнее, чем когда-либо ранее. Исходя из рекомендаций ВОЗ, учебные заведения являются наиболее важными площадками для превенции суицидальных проявлений у несовершеннолетних и молодежи.

Всемирная организация здравоохранения выделяет первичный, вторичный, третичный уровни профилактики [6], позволяющие снизить количество суицидов среди подростков и молодежи.

Применительно к системе образования **первичная профилактика, или превенция**, направлена на укрепление психического здоровья в целом и проводится со всеми субъектами образовательной среды (дети, родители, педагоги).

Вторичная профилактика, или интервенция, — это поддержка лиц, находящихся в кризисной ситуации, помощь человеку с суицидальными намерениями.

Третичная профилактика, или поственция, — это помощь, которая оказывается обучающимся после попытки суицида, либо окружению суицидента после завершения суицида; она также направлена предотвращение подражательных суицидов.

В 2015–2016 учебном году Департаментом образования города Москвы, совместно с Центром экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО МГППУ, профилактика суицидальных проявлений среди обучающихся в образовательных организациях Москвы проводилась следующим образом:

на первичном уровне

- 1) *повышение квалификации кадрового состава* образовательных организаций (обучение в формате вебинаров и курсов повышения квалификации для социальных педагогов, педагогов (классных руководителей)), педагогов-психологов, иных представителей образовательных организаций, подведомственных Департаменту образования города Москвы («Профилактика социально-психологической дезадаптации несовершеннолетних в условиях образовательной организации» (16, 32, 72 часа));
- 2) *информирование* обучающихся, их родителей, сотрудников образовательных организаций о возможностях получения кризисной психологической и иной помощи в трудных жизненных ситуациях;
- 3) *подготовка методических разработок* (памятки для педагогов, администрации, психологов, родителей) по профилактике антивитаальных переживаний, аутоагрессивных и суицидальных проявлений среди подростков и молодежи;

на вторичном уровне

- 1) *проведение мониторинга суицидальных рисков* (среди обучающихся 7–11-х классов) с последующим консультированием и сопровождением обучающихся «группы риска»;
- 2) *проведение профилактической работы с родителями/законными представителями* обучающихся «группы риска» по суицидальному, аутоагрессивному, самоповреждающему поведению (просвещение, информирование о проблеме и ресурсах профилактики);
- 3) *оказание кризисной психологической помощи* (с последующим сопровождением) выявленных обучающихся «группы риска» по суицидальному поведению (направление к профильным специалистам, индивидуальное и групповое (в составе семьи) консультирование, групповая работа с классом);
- 4) *методическая и супервизорская поддержка сотрудников* образовательных организаций (классных руководителей, педагогов-психологов, социальных педагогов) по вопросам сопровождения конкретных случаев проявлений суицидального поведения среди обучающихся;
- 5) *осуществление межведомственного взаимодействия* с этапа первичного выявления ребенка «группы риска» через образовательную организацию, либо через самостоятельное обращение на детский телефон доверия (родитель, ребенок, близкий) и последующее направление профильным специалистам;

на третичном уровне

- 1) *оказание экстренной психологической помощи* близким, окружению суицидента после завершённой/незавершённой попытки суицида; (в том числе разработка и реализация адресной программы психолого-педагогического сопровождения).

Все вышеперечисленные уровни профилактики обеспечиваются поддержкой в виде *оказания экстренной дистанционной, круглосуточной, анонимной психологической помощи* несовершеннолетним, их родителям, педагогам (посредством Детского телефона доверия).

Для оказания методической помощи при проведении профилактических мероприятий привлекаются профильные специалисты бюджетных организаций столичной системы образования (например, городско-

го психолого-педагогического центра Департамента образования города Москвы, Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО МГППУ). Обучающимся и их родителям рекомендуется (по необходимости) обращение за психологической и иной помощью к профильным специалистам организаций систем образования, здравоохранения и социальной защиты населения.

В настоящее время проблема профилактики суицидальных проявлений среди обучающихся (несовершеннолетние и молодежи) крайне актуальна. Так, по данным Департамента образования города Москвы за 2015 г. известно о 30 завершённых суицидах среди обучающихся в образовательных организациях. Из них 20 случаев — мальчики, юноши; 10 случаев — девушки. Стабильно высокие показатели приходятся на возраст от 14 до 17 лет.

Анализ случаев завершённых суицидов (2015) позволяет выделить основные механизмы развития суицидального поведения среди обучающихся:

- 1) семейные конфликты при формально благополучной семье. Конфликты, связанные с *перфекционизмом родителей* по отношению к ребенку — ребенок не выполняет требований семьи/родителей — за этим следует реакция избегания наказания, трансформирующаяся в суицидальные действия;
- 2) семейные конфликты с элементами *психологического/физического насилия*, в сочетании с трудностями, проблемами в школе. Нарастает внутреннее напряжение, за которым следует импульсивная разрядка (часто усиливающаяся на фоне употребления ПАВ) — суицидальные действия с мотивами протеста, мести;
- 3) хронические депрессивные состояния (часто не диагностированные) с переживаниями душевной боли, невыносимости, которая приводит к суицидальным действиям с мотивами самонаказания;
- 4) буллинг в школе детей, имеющих хронические соматические (чаще эндокринные), психические заболевания, при недооценке тяжести психического состояния, со стороны родителей (мотив призыв).

Также, на основании клинического анализа амбулаторного приема 100 несовершеннолетних с суицидальными тенденциями, были выявлены механизмы развития суицидального и самоповреждающего поведения [5], что легло во основу рекомендаций для педагогов-психологов психологических служб образовательных организаций.

В работе по внедрению мер профилактики суицидального поведения среди обучающихся специалисты сталкиваются в рядом сложностей. Например:

- 1) отсутствие единой/типовой программы профилактики и диагностики суицидального поведения несовершеннолетних, рекомендованной к внедрению и одобренной заинтересованными ведомствами;
- 2) отсутствие межведомственного алгоритма (*регламента*) по *сопровождению выявленных детей «группы риска»*, образовательных организаций и семей в случаях завершённого/незавершённого суицида;
- 3) страх родителей обращаться за медико-психологической помощью, в том числе опасаясь возможной стигматизации ребенка.

Библиографический список

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения // Методические рекомендации. М., 1980. 48 с.
2. Вихристюк О. В. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? // Не будь зависим, М. 2015, № 3–8 (39–43).
3. Козлова Н. Жесткая посадка // Российская газета, 14 мая 2015 г. — <http://www.rg.ru/2015/05/15/bastrykin.html> (дата обращения 07.09.2015).
4. Сборник памяток для администрации, педагогов (классных руководителей) образовательных организаций города Москвы по профилактике суицидального поведения среди обучающихся / Под ред. Вихристюк О. В. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. 55 с.
5. Bannikov G., Koshkin K., Paolova T., Miller L., Vikhristiuk O., Gayazova L. Psychiatric Symptoms and Psychological Defense Mechanisms in Russian Children and Adolescents with Traumatic Life Experience // Indian Journal of Science and Technology. December 2015. Vol. 8(S10). DOI: IPL0814.
6. Diekstra, R.F. (1992). The prevention of suicidal behavior—evidence for the efficacy of clinical and community-based programs. International Journal of Mental Health, 21, 3, 69–87.
7. WHO Mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013.— http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/ (accessed 19 May 2014).

ГАРДЕНО- И АРТ-ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ЗАМЕЩАЮЩИМИ СЕМЬЯМИ

Гонтарь О. Б.¹, к. б. н., доцент, Кашликова О. В.², Тарновская Л. А.²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Полярно-альпийский ботанический сад-институт им. Н.А Аврорина Кольского научного центра Российской академии наук, Кировск, Мурманская обл., Российская Федерация,

²Государственное областное бюджетное учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, «Апатитский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, им. В. Р. Булычева», Апатиты, Мурманская область, Российская Федерация

Аннотация

Представлена авторская программа, предназначенная для гармонизации детско-родительских отношений в замещающих семьях методами гардено- и арт-терапии.

Ключевые слова

Замещающая семья, гарденотерапия, арт-терапия, гармонизация детско-родительских отношений.

HORTICULTURAL AND ART-THERAPY IN WORKING WITH FOSTER FAMILIES

Gontar O. B.¹, PhD (Biology), Assistant Professor, Kashlikova O. V.², Tarnovskaya L. A.²

¹Polar-Alpine Botanical Garden-Institute,

Kirovsk, Murmansk region, Russian Federation,

²Regional State Budgetary Institution for Orphans and Children Left without Parental Care, “Bulychev Apatity Centre Care for Children Left without Parental Care,”

Apatity, Murmansk region, Russian Federation

Abstract

The article presents the author's programme designed to harmonize child-parent relationships in foster families by means of horticultural and art-therapy.

Key words

Foster family, horticultural therapy, art-therapy, harmonization of parent-child relationship.

Психическое здоровье человека во многом определяется благоприятной психологической обстановки в семье. Необходимость замещающей семейной заботы для полноценного развития и психического здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения, доказана многочисленными зарубежными и отечественными исследованиями [1, 7]. Обострение конфликтной ситуации в замещающих семьях происходит по причине отсутствия необходимой подготовки приемных родителей, незнания основ возрастных особенностей развития детей в целом и специфики депривации, завышенные ожидания и т. п. [4]. Главные проблемы, с которыми чаще всего сталкиваются социальные работники и психологи в работе с замещающими семьями — это несоответствие приемного ребенка представлениям родителей, степень принятия ребенка, отношения между родными и приемными детьми, неадекватный стиль воспитания (гипоопека, гиперопека, противоречивое воспитание), эмоциональная неустойчивость приемного ребенка [10].

В начале 2015 г. по заказу Апатитского центра помощи детям авторским коллективом Полярно-альпийского ботанического сада (Гонтарь О. Б., Святковская Е. А., Калашникова И. В., Салтан Н. В., Тростенюк Н. Н., Шлапак Е. П.) была разработана программа «Гарденотерапия в работе с замещающими семьями», главной целью которой является профилактика

вторичного сиротства. Программа предназначена замещающим семьям, воспитывающим детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей, и направлена на гармонизацию детско-родительских отношений посредством методик садовой терапии и элементов арт-терапии.

Программа состоит из 10 занятий и все темы занятий объединены одной тематикой — семья, сплочение семьи, дом, украшение дома и окружающей территории. Продолжительность каждого занятия составляла 1–1,5 часа. Возраст детей варьировался от 4 до 7 лет.

Занятие № 1 — праздник семьи «Пусть всегда будет солнце»: 1) экскурсия в оранжерею «Из зимы в лето» — знакомство с тропическими и субтропическими растениями в коллекционной оранжерее ПАБСИ; 2) театрализованное представление с Флорой — знакомство «семьи ботаников» с семьями обучающихся, краткий обзор предстоящей программы занятий с визуализацией конечного результата; 3) совместное чаепитие, подарки.

Занятие № 2 «Круг — всему голова»: 1) упражнение для настроения и выявления противоречий в группе — каракули (рисунок) по кругу; 2) упражнение на сближение участников группы посредством совместных действий и выявление индивидуальных предпо-

чтений в группе — свободный рисунок в круге, создание общей композиции (выбрать круг, нарисовать внутри рисунок, все круги расположить на одном общем листе, приклеить, провести линии от своего круга к наиболее понравившимся); 3) зарядка для глаз «Концентрические круги» [2]; 4) упражнение, способствующее принятию родителем ребенка — тематический рисунок вдвоем в пространстве круга «День и ночь» (на листе А3 выбрать (или нарисовать) шаблон круга определенного размера, совместно заполнить внутреннее пространство круга (руководит ребенок); 5) физминутка.

Занятие № 3 — подарок маме к Международному женскому дню 8 марта — направлено на снижение родительской гиперопеки, повышение самооценки ребенка; мотивация — сюрприз для мамы: 1) знакомство с видами композиций и цветочными срезочными культурами, их декоративными качествами, технике составления композиции; 2) игровой момент — пальчиковая игра «Цветочки» [5]; 3) составление композиции — самостоятельная работа ребенка — установить оазис в контейнер; подготовить растительный материал; оформить композицию (расставить цветы в оазисе, добавить листья, аксессуары).

Занятие № 4 «Дерево моей мечты!»: 1) упражнение для настроения и определения индивидуальных предпочтений — выбрать понравившуюся картинку с деревом, изобразить (поза, жесты, мимика) дерево с картинки (на выбор самостоятельно ребенок/родитель либо совместно); 2) упражнение на социализацию группы — нарисовать дерево, вырезать или оторвать по контуру изображение дерева, создать общую композицию на большом листе из всех деревьев, дорисовать солнце, траву, небо, облака и т. п.; 3) физминутка; 4) упражнение на гармонизацию внутрисемейных отношений — совместный рисунок в парах «Дерево нашей семьи»; 5) упражнение на социализацию группы «Дерево исполнения желаний» — на выбор нарисованные листья разного размера и формы разукрасить, вырезать, наклеить на ватман с изображением дерева.

Занятие № 5 «Наш дом» направлено на гармонизацию внутрисемейных отношений — совместно украшаем дом: 1) знакомство с разными видами комнатных растений (плющи, хлорофитумы, кактусы, суккуленты), их полезных свойствах для человека, особенностях ухода; 2) оригинальная физминутка по теме занятия; 3) размножение комнатных растений черенкованием — подготовка контейнера; нарезка черенков; посадка черенков на укоренение; полив; укрытие контейнеров с черенками полиэтиленом для создания микроклимата.

Занятие № 6 «Наш двор» направлено на гармонизацию внутрисемейных отношений — совместно украшаем территорию рядом с домом: 1) знакомство по макетам с примерами цветников (клумбы, рабатки, каменистые горки); 2) мультфильм про создание клумбы [9]; 3) совместный рисунок в цвете клумбы по размеру контейнера; 4) оформление клумбы в контей-

нере по рисунку с обязательным включением инертного материала, цветов и газона (выкладка инертного материала; пикировка рассады однолетних цветов, посев семян райграсса пастбищного); 5) мультфильм про посев семян [6] с повторением агротехники ухода за посевами семян.

Занятие № 7 «Кладовая Солнца» — украшаем стол: 1) знакомство с сельскохозяйственными культурами (томаты, огурцы, лук, чеснок, свекла, морковь, картофель) при помощи загадок, наглядного материала и рассказа детей о самом любимом овоще; 2) упражнение на развитие тактильности — игра «Угадай овощ» [8]; 3) физминутка для глаз [3]; 4) знакомство с семенами овощных культур и упражнение на развитие мелкой моторики — посев семян в торфогоршки (посев крупных семян (горох, фасоль, огурцы, свекла) по 3 шт., мелких (морковь, томаты) по 10 шт.; полив); 5) мультфильм про салат из овощей.

Занятие № 8 «Дачный кооператив» — гармонизация внутрисемейных отношений, совместная работа детей и родителей: 1) знакомство с зонированием дачных участков на Севере с помощью компьютерной презентации, примеры озеленения приусадебных участков показываются на макетах; 2) совместное выполнение макета дачного участка в контейнере — подготовка контейнера; выполнение макета дачного домика, деревьев и кустарников; выделение зон; оформление водоема, дорожек и площадок цветным гравием; размещение домика, деревьев и кустарников; пикировка рассады однолетних цветов в цветники; посев семян райграсса пастбищного на месте газона; полив. Мультфильм про дачу.

Занятие № 9 «Моя семья» направлено на выявление отношений ребенка к семье, гармонизацию родительско-детских отношений: 1) автопортрет в парах — изобразить мимикой, жестами, позой родителя (для ребенка) и ребенка (для родителя); 2) упражнение «Моя роль в семье» — нарисовать членов своей семьи, вырезать, разместить членов семьи в квартире, рассказать, кто чем занимается; 3) физминутка; 4) совместная композиция «Моя семья» — фотоколлаж семьи.

Занятие № 10 — заключительное «Флора в гостях»: обратная связь — анкетирование родителей, обсуждение занятий по фотоматериалам, чаепитие.

Апробация программы проводилась в течение 2,5 месяцев в период выхода из полярной ночи с периодичностью 1 раз в неделю. Результатом программы стала яркая положительная динамика во взаимоотношениях родитель-ребенок. Дети — более открытыми, уверенными в своих силах, самостоятельными, ответственными за результаты своей работы. Появился интерес к новым видам деятельности, отсутствующий ранее. Родители начали принимать во внимание мнение ребенка как личности, снизилась гиперопека с их стороны. Большой интерес и желание посещать групповые занятия наблюдался как со стороны детей, так и взрослых. К концу занятий установились дружественные междусемейные отношения.

Библиографический список

1. *Боулби Д.* Привязанность / Пер. с англ. Н. Г. Григорьевой, Г. В. Бурменской. М.: Издательство Гардарики, 2003. 480 с.
2. Зарядка для глаз «Концентрические круги». — <http://my.mail.ru/bk/okozaruk/video/696/3628.html?time=0&from=videoplayer#>
3. Зарядка для глаз «Спор овощей». — http://easypen.ru/load/nachalnykh/fizminutki_na_urokakh/zarjadka_dlja_glaz_spor_ovoshhej/319-1-0-22643
4. *Захарова Ж. А.* Помощь и поддержка замещающих семей. — <http://allbest.ru/pedagogics/c00309451.html>
5. *Ермакова С. О.* Пальчиковые игры для детей от года до трех лет. М.: РИПОЛ классик, 2009. 256 с.
6. Мультфильм «Лунтик», серия 64 «Семечко».
7. *Ослон В. Н.* Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. М.: Генезис, 2006. 368 с.
8. *Прокофьева А. Г.* 100 развивающих игр для детей. М.: ООО ТД «Издательство Мир книги», 2008. 176 с.
9. Развивающий мультфильм <http://multiki.mirtesen.ru/blog/43345634049/Multiki:-Apelsinka-i-Konfetka-Krasivyie-klumbyi!-Detyam-pro-ts>
10. *Шульга Т. И.* Работа с неблагополучной семьей. М.: Дрофа, 2005. 254 с.

РОЛЬ СЕМЬИ В СОХРАНЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**Гуткевич Е. В., д. м. н., профессор,
Зуева Д. Е., аспирант 1 года обучения,
Национальный исследовательский Томский государственный университет
Томск, Российская Федерация**

Аннотация

Рассмотрена проблема функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических и меняющихся условиях среды. Показана актуальность разработки многосекторального подхода к решению проблем психического здоровья всех членов семьи на основе современных подходов с использованием инновационных психологических и гуманитарных технологий.

Ключевые слова

Динамика функционирования семьи, характеристики психологического здоровья, дисфункциональные семьи, психологическое здоровье.

THE ROLE OF FAMILY IN MAINTAINING MENTAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH

**Gutkevich E. V., MD, Professor,
Zueva D. E., first-year PhD student,
National Research Tomsk State University,
Tomsk, Russian Federation**

Abstract

The authors address the issue of family functioning at the present stage of societal development in complex socio-demographic, psychological and ecological conditions. The study sets out to determine the relevance of a multisectoral approach to investigating mental health issues of all family members on the basis of modern methods using innovative psychological and humanitarian technologies.

Key words

Dynamics of family functioning, characteristics of psychological health, dysfunctional family, psychological health.

Семья воспринимается в качестве одной из главных жизненных ценностей и как условие счастливой жизни, так как «знания и ощущение возможности детерминировать будущее позволяют человеку планиро-

вать свою жизнь, создавать семью, заводить детей, вкладывать деньги в их образование, обрастать ответственностью и делать накопления...» (Бирман А. Потеря управления, 2014). Стабильность или нестабиль-

ность общественной жизни, здоровье нации напрямую ставится в зависимость от состояния семьи.

Изменения семьи связаны с изменением роли личности, все большим ее значением в современной социальной жизни, нарастанием индивидуализма в структуре личности. Эта глобальная тенденция начинает противоречить традиционным представлениям о жизненном цикле семьи. Все это свидетельствует о наличии тенденции разделения институтов брака и семьи: расхождения брачного и репродуктивного поведения, изменений репродуктивной функции семьи при смене ранее доминирующих стереотипов значимости генетического родства, что имеет непосредственное отношение к демографическим процессам. С другой стороны демографические показатели популяций людей (размер, уровень рождаемости и смертности, возрастной состав, экономическое состояние, уклад жизни) оказывают сильное воздействие на генофонд популяции. Психолого-философские проблемы, связанные с репродуктивной жизнью человека и семьи предъясняются на разных уровнях.

Отклонения в психологическом и психическом здоровье, психические и наркологические расстройства (болезни, зависимости), вследствие их распространенности и обусловленного ими бремени болезни и инвалидности, составляют одну из самых серьезных проблем общественного здравоохранения. Во всех странах большинство психических расстройств намного чаще встречаются среди наиболее уязвимых и малообеспеченных групп населения. У большого процента людей, получающих социальные пособия или пенсии по инвалидности, первичным заболеванием является психическое расстройство. Это увеличивает «семейное бремя», обусловленное нарушениями психического здоровья, которое ложится на семью.

Проблемы функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических и меняющихся условиях среды определяют актуальность разработки многосекторального подхода к решению проблем психического здоровья всех членов семьи на основе современных подходов с использованием инновационных психологических и гуманитарных технологий.

На кафедре генетической и клинической психологии факультета психологии НИ ТГУ и функциональ-

ного Центра семейной адаптации и превенции «Психическое здоровье семьи» НИИ психического здоровья решаются следующие задачи.

1) Изучение факторов, параметров и динамики функционирования семьи (семейной системы) на разных стадиях онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений.

Проведены исследования удовлетворенности супружескими отношениями и браком молодых и взрослых семей (Е. В. Гуткевич, Ю. Ю. Грибачева); психологической адаптации детей младшего дошкольного возраста к условиям социализации в аспекте семейного функционирования (Е. В. Гуткевич, А. О. Маркова); роли взаимоотношений родителей в когнитивном развитии ребенка старшего дошкольного возраста (Е. В. Гуткевич, М. Крыкбаева); родительско-детских отношений как фактора адаптационного потенциала сельских школьников (Е. В. Гуткевич, М. М. Кривошеина);

2. Установление личностных, мотивационных, ценностных характеристик психологического здоровья, роли семейных факторов в сохранении, укреплении и здоровье, в том числе профессионального.

Проведены исследования факторов психологического здоровья и здорового образа жизни студентов (Е. В. Гуткевич, М. Ковалева); различий эмоциональной выразительности мужчин и женщин разных возрастных групп (Е. В. Гуткевич, Д. С. Устюгова).

Проводятся исследования «Семейно-психологические аспекты профессионального здоровья лиц „помогающих профессий“» (Ю. Шаталова); «Эмоционально-личностные особенности студентов инженерных профессий» (Ю. Пухова).

3. На основе предложенных понятий «семейно-генетический кризис» и многоуровневая модель функционирования семьи (нуклеарная и расширенная семья, микро- и макроокружение) изучается адаптационно-превентивный потенциал семейной системы лиц с нарушениями психического и психологического здоровья с выделением ресурсов, ограничений, возрастозависимых мишеней и механизмов воздействий. Проведены исследования межпоколенной передачи психологической травмы в семьях (Е. В. Гуткевич, А. Шатунова), а также развития детей в дисфункциональных семьях с болезнями зависимости от алкоголя (Е. В. Гуткевич, В. А. Семенова).

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕТЕЙ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ И ЕГО РОЛЬ В МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

**Давыдова Н. С., д. м. н., профессор, Дьяченко Е. В., к. псих. н., доцент,
Уфимцева М. А., д. м. н., доцент, Москвина Е. В., директор интерната закрытого типа,
Самойленко Н. В., ассистент кафедры, Николаева К. И. ассистент кафедры,
Уральский государственный медицинский университет,
ГКОУ СО «Специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа,
для обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением»,
Екатеринбург, Российская Федерация**

Аннотация

Представлено исследование психоэмоционального благополучия детей в трудной жизненной ситуации, показана его роль в медико-профилактической работе, предложены направления сотрудничества врачей, психологов, педагогов по обеспечению здоровья воспитанников интерната закрытого типа.

Ключевые слова

Психоэмоциональное благополучие, дети в трудной жизненной ситуации, медико-профилактическая работа.

PSYCHO-EMOTIONAL WELL-BEING OF CHILDREN IN DIFFICULT SITUATIONS, AND ITS ROLE IN MEDICAL AND PREVENTIVE WORK

Davydova N. S., MD, Professor, Dyachenko E. V., PhD (Medicine), Associate Professor, Ufimtseva M. A., PhD (Medicine), Associate Professor, Moskvina E. V., Head of Boarding School, Samoilenko N. V., Teaching Assistant, Nikolaeva K. I., Teaching Assistant, Ural State Medical University Special Educational Institution for Learners with Deviant (Socially Dangerous) Behaviour, Yekaterinburg, Russian Federation

Abstract

The article demonstrates the results of the study on psycho-emotional well-being of children in difficult life situations, its role and meaning in medical and preventive work. The authors suggest the guidelines for cooperation of doctors, psychologists and teachers to support children health in a boarding school.

Key words

Psycho-emotional well-being, children in difficult life situations, medical and preventive work.

Проблема психоэмоционального благополучия (ПЭБ) в подростковом возрасте в данной работе рассматривается на стыке медицины и психологии. В медицине ПЭБ связывается с такими составляющими здоровья как качество жизни, психическое здоровье. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15% детей, 25% подростков и до 40% молодых людей. Каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке, чтобы противостоять стрессу. Свыше 70% населения России живет в состоянии затяжного психоэмоционального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов.

Теоретический обзор позволяет дефинировать ПЭБ как функционально-динамическое образование, оптимальный уровень которого способствует позитивному развитию личности и непосредственно зависящий от внешних (средовых) воздействий и внутренних (личностных) условий. В исследовании ПЭБ операционализировано через показатели психоэмоционального состояния и работоспособности (в терминах теории М. Люшера) и напряженности — фрустрированности потребностной сферы (в терминах теории Л. Сонди).

Особый контекст ПЭБ имеет в подростковом возрасте. Эмоциональная саморегуляция, самооценка ребенка еще формируются; он зависим в поведении от влияния среды и жизненной ситуации развития.

Определение понятия «трудная жизненная ситуация» дано в статье 3 ФЗ от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ»: «...это ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (...сиротство, безнадзорность, ... конфликты и жестокое обращение в семье...), которую он не может преодолеть самостоятельно» [6].

В статье 1 ФЗ РФ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка РФ» сформулированы типичные трудные жизненные ситуации для ребенка: «дети, оставшиеся без попечения родителей; ...дети-жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; ...дети с отклонениями в поведении...» [7].

Данное исследование было посвящено изучению роли ПЭБ детей в трудной жизненной ситуации и результативности медико-профилактической работы.

Исследовательская база — специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа для обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением. Воспитанники мужского пола в возрасте от 11 до 17 лет, всего 56 чел.; средний возраст $x_{cp} = 13,8$.

Работы коллектива учреждения направлены на создание условий для формирования позиции осознанной позитивной самореализации подростка с деви-

антным поведением после его выпуска из учреждения [10].

Эмпирическим критерием ПЭБ выступили цветовые предпочтения (цветовой тест М. Люшера) [1], которые «отражают устойчивый компонент психофизиологического состояния испытуемого и опосредованно психоэмоциональные особенности личности и специфику актуального психофизиологического состояния и работоспособности» [8]. Сравнение индивидуального цветового выбора с так называемой цветовой аутогенной нормой (по Вальнефферу) позволило выявить воспитанников с неумеренно завышенным расходом нервно-психических ресурсов при неумеренно низком коэффициенте полезного действия (КПД).

Отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности наблюдается лишь у 10,7% воспитанников (6 чел.), у 58,9% (33 чел.) — незначительное отклонение от аутогенной нормы и у 30,5% (17 чел.) — высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, утомляемость, установка на бездействии (рис. 1).

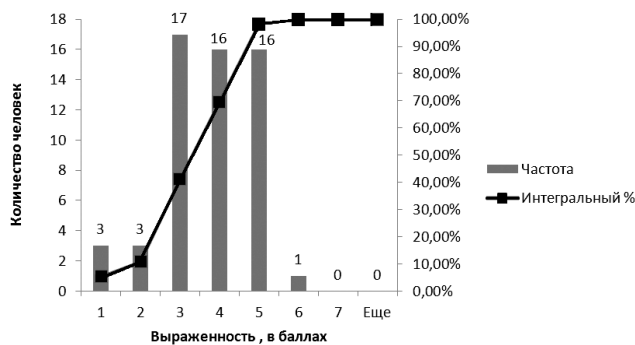


Рис. 1. Гистограмма значений показателя нервно-психического благополучия

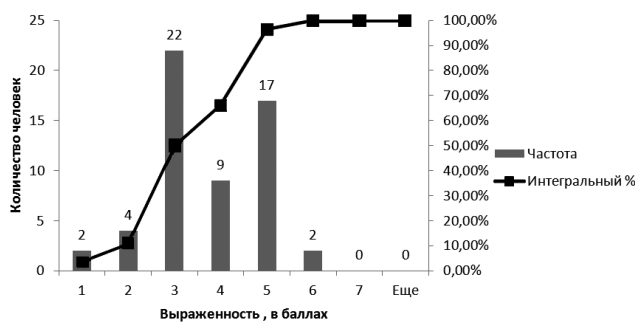


Рис. 2. Гистограмма значений показателя функциональной способности организма к энергозатратам

Цветовой тест позволил вычислить «вегетативный коэффициент» (по К. Шапошу). Его теоретическая основа — это местоположение в индивидуальном выборе мобилизующих, ассоциированных с активностью цветов (красный и желтый) и пассивных, ассоциированных с бездействием (синий, зеленый). Отношение к этим двум парам цветов отражает истощенность, установку на бездействии; либо избыточное возбуждение, суетливость [8].

Оптимальную мобилизацию физических и психических ресурсов (4–5 баллов) обнаруживают 46% подростков (рис. 2). Невысокий энергетический потенциал, но достаточный для успешной деятельности

в спокойных, но не экстремальных условиях — у 39% подростков; а избыточный, граничащий с суетливостью — у 3,6%. «Группа риска» — это 11% воспитанников с зафиксированной истощенностью, хроническим переутомлением, пассивным реагированием на трудности, неготовностью к напряжению и адекватным действиям в стрессе.

Ключевым показателем ПЭБ, измеряемым в данной работе, выступила напряженность — фрустрированность потребностной сферы подростков [9].

Установлено (рис. 3), что более чем 40% воспитанникам свойственна напряженность потребностей: сексуальные влечения (h); потребность к разрушению и саморазрушению (s); поиск удовольствий как проявление маниакальности (m). Высоковероятно, что напряженность данных потребностей у подростков нормативно обусловлена пубертатным возрастом, а также неблагоприятными средовыми условиями их социальной жизни: «протестными» отношениями со взрослыми и конформно-асоциальными со сверстниками (что подтверждают анамнезы их жизни).

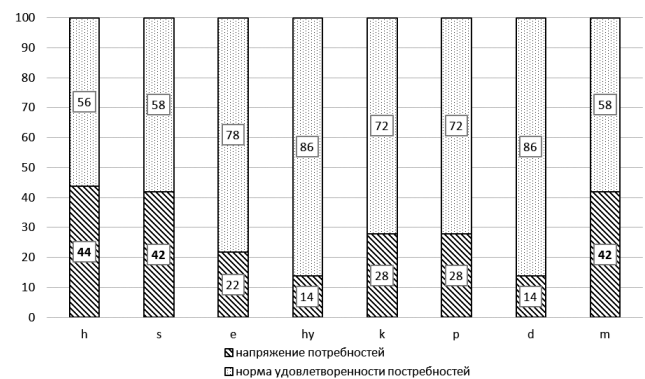


Рис. 3. Процентное соотношение количества воспитанников с различной степенью напряженности потребностей (по их видам) — напряжённость и удовлетворенность

Суть медико-профилактической работы заключалась в межведомственном взаимодействии врачей-дерматовенерологов и психологов по профилактике инфекций ППП; дерматовенерологическом осмотре воспитанников, разработке индивидуальных медицинских назначений, а также направлений профилактической работы по предупреждению заболеваний.

Оказание медицинской помощи осуществлялось согласно федеральным клиническим рекомендациям, стандартам оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям по профилю «дерматовенерология». Профилактическая работа была основана на реализации структурно-функциональной модели организации медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации [10]. Оказание образовательных услуг — в анкетировании по вопросам профилактики инфекций ППП до и после информационно-образовательных семинаров с последующим он-лайн консультированием.

Выводы.

1. Медико-профилактическая работа с детьми в трудной жизненной ситуации будет результативной при опоре на данные психологического статуса подростков.
2. Направлением работы, предшествующим диспансеризации воспитанников интерната, должен выступить дифференцированный подход к подросткам через реализацию комплексных психолого-педагогических программ по нормализации психоэмоционального состояния в сторону благополучия.
3. Психологическое просвещение педагогических работников интерната по проблеме психоэмоционального состояния воспитанников, а также планирование учебно-воспитательного процесса с учетом психологических особенностей подростков с социально-опасным поведением в условиях интерната закрытого типа.

Библиографический список

1. Цветовой тест М. Люшера. Метод. рук-во. СПб.: Иматон, 2001. 31 с.
2. *Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю.* Психология жизненных ситуаций. Учеб. пос. — <http://psylib.myword.ru> (дата обращения 10.05.2016).
3. *Кулакова Е. В., Богомолова Е. С., Леонов А. В., Дернова Н. И.* Состояние здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации / Профилактическая и клиническая медицина. 2009, № 1. С. 26–30. Изд-во Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова. СПб. — <http://elibrary.ru> (дата обращения: 08.05.2016).
4. ФЗ от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ» — <http://base.consultant.ru>. (дата обращения 29.04.2016).
5. ФЗ РФ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка РФ». Статья 1. — <http://минобрнауки.рф>. (дата обращения 29.04.2016).
6. *Собчик Л. Н.* МВЦ — метод цветковых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практ. рук-во. СПб.: Изд-во «Речь», 2001. 112 с.
7. *Собчик Л. Н.* Модифицированная методика Сонди. Тест восьми влечений. СПб.: Изд-во «Речь», 2003. 128 с.
8. *Москвина Е. В.* Диагностика изменений позиций личности подростка с девиантным поведением в процессе его реабилитации в учреждении закрытого типа // Педагогическое образование в России. 2014, № 5. С. 88–93.
9. Николаева К. И., Бочкарев Ю. М. Структурно-функциональная модель организации медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей // Современные проблемы науки и образования. 2015, № 5. С. 232. — <http://elibrary.ru> (дата обращения 31.05.2016).

**В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ СЕЛЬСКИЙ ШКОЛЬНИК:
ШАГ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ БЛАГОПОЛУЧИЮ**

Дашиева Б. А., д. м. н., Тюлюпо С. В., к. псх. н., Федорова О. В., Пыжик Т. Е.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»,
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования «Национальный исследовательский Томский государственный
университет»,
Управление образования Администрации Томского района,
Муниципальное бюджетное образовательное учреждение «Лучановская средняя
общеобразовательная школа им. В. В. Михетко» Томского района,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты межведомственного здоровьесберегающего сопровождения образовательного процесса на базе сельской школы, осуществляемого на протяжении 2004–2015 гг. Описаны феномены, снижающие уровень психологического благополучия и психического здоровья учащихся: сужение горизонта будущего, дестабилизация эмоционального состояния у детей из семей, в которых родители работают в режиме вахты; негативные переживания подростков, участвующих в выездных этапах предметных олимпиад.

Ключевые слова

Сельские школьники, психологическое благополучие, сопровождение образовательного процесса.

A CASE STUDY OF RURAL PUPILS: A STEP TO PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

Dashieva B. A., Professor, Tyulyupo S. V., PhD., Fyodorova O. V., Pyzhik T. E.
Federal State Budgetary Institution “Mental Health Research Institute”;
National Research Tomsk State University; Education Department of the
Administration of the Tomsk Region;
Municipal Budgetary Educational Institution “Luchanovo V. V. Mihetko Secondary
School” of the Tomsk Region,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

The study presents the results of interdepartmental health protection maintenance of the education process in a rural school in the period from 2004 to 2015. The phenomena which reduce the level of psychological well-being and mental health among pupils are discussed. These are as follows: diminishing prospects, emotional disturbance of children caused by parental shift working, negative experiences of teenagers participating in the subject Olympiads.

Key words

Rural pupils, psychological well-being, maintenance of the educational process.

Повышение качества жизни и уровня здоровья детей, проживающих в сельских регионах со слабо развитой социальной и транспортной инфраструктурой, сегодня составляет одну из стратегических задач концепции долгосрочного социально-экономического развития России. Представленная работа является результатом сотрудничества исследовательских коллективов Томска и муниципальных образовательных учреждений Томского района. Его целью являлась разработка научно-обоснованной модели межведомственного сопровождения образовательного процесса в сельской школе в интересах повышения качества жизни, благополучия и защищённости школьников. Сотрудничество осуществлялось на базе МБОУ «Лучановская средняя общеобразовательная школа им. В. В. Михетко» Томского района. В этом контексте был реализован мониторинг адаптации учащихся к условиям образовательного взаимодействия. Оценивалось состояние психического здоровья детей в период обучения. В качестве его индикаторов мы рассматривали эмоциональное состояние учеников, функциональную структуру и продуктивность их активности (в том числе, и академической), наличие проявлений психических расстройств и нарушений психического функционирования донозологического уровня. Применяемые диагностические подходы представлены нами ранее [2]. Консультативная поддержка оказывалась всем участникам образовательного процесса. Проводились информационно-просветительские мероприятия, ориентированные на формирование культуры родительства и психологических компетенций педагогов. Учащимся оказывалась консультативная помощь в нормативных и экстраординарных обстоятельствах. Приоритетными в реализации помогающих вмешательств являлись личностно-ориентированные и позитивные краткосрочные подходы.

С 2004 г. мероприятиями сопровождения охвачено 328 учащихся, 256 родителей и 101 педагогический работник.

Данные мониторинга психического здоровья учеников были использованы для разработки стратегических программ развития Лучановской средней общеобразовательной школы и других школ Томского района.

В процессе сопровождения мы обнаружили три феномена, влияющих на психологическое благополучие учеников. Во-первых, это сужение горизонта будущего, в пределах которого подросток выстраивает варианты своей профессиональной самореализации. Перспектива воспринимаемого школьниками будущего обрывается временем итоговой аттестации. Выбор направления дальнейшей профессионализации оказывается отчуждённым от сферы их интересов, увлечений, ценностных отношений. Переживание этого отчуждения, усиленное неопределённостью будущего, обесценивает в глазах ученика любые усилия, необходимые для освоения программы. Утрата смысла повседневной учебной деятельности способствует нарастанию тревоги. При этом подросток почти не имеет возможности получить психологическую помощь. Часто не возможен и контроль тревоги за счёт самореализации в сфере хобби, спорта, творчества. Необходимая для этого социальная инфраструктура в сёлах отсутствует. Кумуляция тревоги приводит к снижению адаптации подростка. Диапазон нарушений социального функционирования и психических дисфункций, возникающих у школьников, мы описывали ранее [1, 2].

Во-вторых, в процессе работы с одаренными детьми мы обнаружили, что у старшеклассников, вышедших на региональный уровень предметных олимпиад часто возникают интенсивные негативные переживания, связанные с выездными мероприятиями. Они оказались свойственными и для группы педагогов, осуществляющих подготовку учеников к олимпиаде. Общей для них темой обсуждения было переживание обмана, несправедливости оценки, ненужности

и ничтожности достигнутых результатов, чувства брошенности и одиночества. Такое положение дел имеет системный характер и требует инновационных решений в области сопровождения академической мобильности одарённых детей.

Третий феномен связан с социально демографической и социально-экономической специфичностью области. Сёла региона — источник трудовых ресурсов для нефтегазовой отрасли, где «...альтернативы межрегиональному вахтовому методу нет» [5]. В условиях дефицита рабочих мест в сельской местности, работа «вахтой» обеспечивает сравнительно надёжный уровень дохода семьи и воспринимается как престижная. Однако занятость одного из супругов в вахтовом режиме деформирует семейную систему [3, 4, 6]. Её следствием становится дестабилизация уровня психологического благополучия ребёнка.

В поле нашего наблюдения находилось 35 детей из семей «вахтового» регистра. Дети демонстрировали вариативные признаки эмоционального неблагополучия: конфликтность, обидчивость, склонность к экс-

пловивным разрядам, тенденции к уходу от коммуникации в социально значимых ситуациях взаимодействия. Более уязвимыми оказывались мальчики. Для них были характерны нестабильная самооценка, паттерны амбивалентного отношения с матерью и напряжённые отношения с отцом, работающим в режиме вахты. Колебания настроения ребёнка часто совпадали с фазами вахты отца. Психологическое благополучие школьников удавалось оптимизировать, если членам их семей оказывалась психологическая поддержка.

Таким образом, комплексные программы межведомственного сопровождения с целью стабилизации уровня психического здоровья сельских школьников должны охватывать работу с одарёнными детьми и педагогами; включать поддержку детей из вахтовых семей; обеспечивать возможности для моделирования позитивной перспективы профессиональной самореализации школьников в условиях слабого развития социальной инфраструктуры, характерной для сельской местности региона.

Библиографический список

1. *Дашиева Б. А.* Пограничные нервно-психические расстройства у бурят и русских, учащихся сельских общеобразовательных школ. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск. 2004. 23 с.
2. *Куприянова И. Е. и др.* Межведомственная модель Реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, применимая на базе сельской средней общеобразовательной школы. Томск: «Иван Фёдоров». 2013. 20 с.
3. *Семке В. Я.* Производственная миграция и психическое здоровье // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2(71). С. 5–6.
4. *Серкин В. П.* Специфика реализации функций семьи при работе мужа вахтовым или сезонным методом // Вестник КРАУНЦ Серия «Гуманитарные науки». 2012. Т. 2(20), № 2(20). С. 146–154.
5. *Силин А. Н.* Межрегиональное использование человеческих ресурсов на Крайнем Севере // Социологические исследования. 2011. 9. С. 41–47.
6. *Холодилова К. А.* Качество жизни населения в условиях вахтового труда на Крайнем Севере (на примере Ямало-Ненецкого автономного округа) // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2008. 5. С. 96–102.

ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ У ПОДРОСТКОВ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

**Дозорцева Е. Г., д. псих. н., профессор, Сыроквашина К. В., к. псих. н., доцент,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский
исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского»,
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Московский государственный психолого-
педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Рассмотрены основные психологические факторы суицидального поведения подростков в ситуации завершенных суицидов. Описаны клинические, возрастные и гендерные факторы суицидального поведения, а также индивидуально-психологические и ситуационные. Представлены перспективы нового вида судебной экспертизы по уголовным делам о самоубийствах подростков относительно обнаружения взаимодействия факторов.

Ключевые слова

Суицидальное поведение, завершенный суицид, подросток, психологические факторы.

COMPLETED SUICIDES OF ADOLESCENTS: PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL-PSYCHOLOGICAL FACTORS

**Dozortseva E. G., Psy. D., Professor, Syrokvashina K. V., PhD, Associate Professor,
V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology
Moscow State University of Psychology and Education
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article discusses the main psychological factors of suicidal behaviour in adolescents with completed suicides. The study offers a descriptive account of clinical, age and gender factors of suicidal behaviour, both individual and situational. Perspectives of a new type of forensic expertise in criminal cases of adolescents' suicides with respect to discovering factors interplay are considered.

Key words

Suicidal behaviour, completed suicide, adolescent, psychological factors.

Одной из актуальных проблем современного психологического и междисциплинарного знания является суицидальное поведение, особенно среди детей и подростков. В подростковом возрасте наблюдается пик частоты совершения суицидальных действий. В настоящее время, несмотря на некоторое снижение уровня самоубийств, суицид является третьей причиной смертности среди несовершеннолетних девушек и четвертой среди юношей [7]. Что лежит в основе суицидального поведения в подростковом возрасте?

Традиционно выделяют несколько форм суицидального поведения: суицидальные мысли, суицидальные попытки и завершённые суициды. Суицидальные мысли являются сравнительно распространенной формой, в том числе среди подростков. Около трети подростков имеет опыт переживания суицидальных мыслей [5]. Суицидальные попытки являются одним из наиболее точных предикторов совершения самоубийства в будущем. Вместе с тем, именно завершённые суициды имеют наиболее тяжелые последствия для микро- и макросоциального окружения подростка и наибольший общественный резонанс.

Дискуссии относительно превалирования биологических или социально-психологических факторов в формировании суицидального поведения уходят в прошлое, уступая место биопсихосоциальной модели, в соответствии с которой суицидальное поведение возникает как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов [6].

В рамках подросткового возраста выделяется период с 15 до 19 лет, в пределах которого частота суицидов возрастает. Среди основных характеристик данного периода наиболее значимыми являются формирование идентичности и представлений о мире, которые определяют дальнейшее личностное развитие человека. Целый ряд характеристик подросткового возраста, таких как эмоциональная нестабильность, несформированность регуляторных структур, неустойчивость идентичности, тенденция к реализации рискованного поведения, прогностический дефицит, повышают уязвимость несовершеннолетних

и способствуют формированию различных форм аутоагрессивного и суицидального поведения.

В гендерном контексте среди суицидентов традиционно отмечается значительное преобладание мужчин и юношей. Выявляемая диспропорция характеризует прежде всего завершённые суициды, при этом среди лиц, которые совершают суицидальные попытки, преобладают женщины, также считается, что мужчины выбирают наиболее летальные способы покончить с собой. Вместе с тем, существует ряд стран, для которых характерна противоположная диспропорция среди несовершеннолетних и число девушек, совершивших суицид, превышает число юношей [7].

Полоролевая идентичность и ориентация в настоящее время устойчиво является одной из наиболее значимых характеристик при совершении самоубийства, будучи при этом фактически отражением нескольких факторов, взаимодействующих друг с другом — диффузии при формировании идентичности, опасения отвержения со стороны объектов привязанности, стремление к утверждению в рамках социума.

Межличностные факторы для подросткового возраста зачастую имеют ключевое значение. На пороге взросления подросток одновременно зависит от родителей и стремится к нахождению своей позиции в референтной подростковой группе. Кроме того, первый опыт межличностных отношений, зачастую платонических, делает подростка особенно уязвимым.

Достаточно важным фактором в целом ряде случаев суицидального поведения в подростковом возрасте является когнитивный фактор в виде особого комплекса убеждений относительно допустимости суицидального поведения (что более характерно для личностно дисгармоничных подростков) или слабая сформированность представлений о последствиях суицида (данный вариант свойственен скорее подросткам с незрелой личностью).

Дискуссионным остается вопрос относительно ведущей роли индивидуально-психологических характеристик как predispositions к совершению суицидальных действий, либо же превалирование ситуационных факторов как основополагающих при формировании

суицидального поведения. Индивидуально-психологические факторы с одной стороны характеризуются определенной структурой личности, с другой — степенью сформированности способности к эмоциональной регуляции. В свою очередь ситуационные факторы, преимущественно в форме межличностного конфликта, определяют степень отреагирования в рамках личностной структуры или же влияют на степень выраженности эмоциональной реакции в ситуации недостаточной сформированности регуляторных процессов.

Для подросткового возраста в большей степени характерна импульсивность суицидального поведения [8]. Основной клинико-психологической характеристикой в данном случае служит то эмоциональное состояние, в котором находился подросток в период, предшествовавший совершению самоубийства. Для таких эмоциональных состояний характерна преимущественная острота аффективной реакции, которая может протекать как в форме эмоционального напряжения, так и в форме эмоционального возбуждения. Кроме того, особым образом в данном случае выступает эмоциональное состояние, характеризующееся подавленностью и сниженным настроением, которое в клинической картине, как правило, соответствует депрессивному состоянию.

В качестве одного из важнейших факторов, влияющих на формирование решения о суициде, выделяется наличие психического расстройства у лица, совершившего самоубийство. Среди лиц подросткового возраста наиболее частыми являются расстройства аффективного спектра (преимущественно депрессии), кроме

того, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и нарушения поведения [4]. Небольшую часть суицидентов составляют лица с расстройствами шизофренического и органического спектра [1]. При этом в ситуациях глубоких нарушений психики поведение суицидента определяется психопатологическими механизмами, в то время как в случаях с психопатологическими проблемами пограничного уровня механизм совершения самоубийства носит, как правило, клинико-психологический характер.

Одной из практических областей современного психологического знания, занимающейся проблемой суицидального поведения, является комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по уголовным делам о самоубийстве [2]. В рамках данного направления специалисты оценивают психоэмоциональное состояние суицидента в контексте взаимодействия различных факторов. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о самоубийстве, как правило, располагает широким кругом объективных данных, свидетельских показаний, продуктов деятельности юного суицидента, что дает возможность путем герменевтического анализа выстроить относительно полную картину обстоятельств произошедшего. Это перспективный вид исследования, позволяющий описать динамический процесс взаимодействия различных факторов, результатом которого становится суицидальное поведение. Подобный анализ не только является основой для ответа на вопросы следствия и суда по делу о самоубийстве подростка, но и дает важные сведения для профилактики подростковых суицидов.

Библиографический список

1. *Зотов М. В.* Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. Санкт-Петербург: Речь, 2006.
2. *Сафуанов Ф. С.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лица, окончившего жизнь самоубийством // *Медицинская и судебная психология. Курс лекций.* М.: Генезис, 2009.
3. *Тихоненко В. А., Сафуанов Ф. С.* Введение в суицидологию // *Медицинская и судебная психология. Курс лекций.* М., Генезис, 2009.
4. *Fleischmann A., Bertolote J. M., Belfer M., Beautrais A.* Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence // *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005. Vol. 75(4). P. 676–683.
5. *Miotto P. A., De Coppi M., Frezza M., Petretto D., Carmelo Masala C., Preti A.* Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths // *Psychiatry Research*. 2003. No. 120. P. 247–255.
6. *Van Heeringen K., Hawton K., Williams J. M. G.* Pathways to suicide: an integrative approach // *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour* / Eds. K. Hawton, K. van Heeringen. Chichester: Wiley, 2000.
7. *Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.* Global suicide rates among young people aged 15–19 // *World Psychiatry*. 2005. Vol. 4(2). P. 114–120.
8. *Williams J. M. G., Pollock L. R.* Psychology of suicidal behavior // *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour* / Eds. K. Hawton, K. van Heeringen. Chichester: Wiley, 2000.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ПРИНЯТИЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЮ: ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРОГРАММЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ С ПРИЕМНЫМИ ДЕТЬМИ

Дорофеева Т. В., ведущий специалист службы сопровождения, психотерапевт,
Северо-Западный Благотворительный Фонд помощи детям, оставшимся без
попечения родителей «Дети ждут»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены мотивы принятия детей-сирот в семьи, как актуальная проблема в подготовке и сопровождении приемных семей.

Ключевые слова

Приемные семьи, мотивация, дети-сироты, приемный ребенок, адаптация.

A CASE STUDY OF MOTIVATION FOR ADOPTION: RESULTS OF FOSTER FAMILIES SUPPORT PROGRAM

Dorofeeva T. V., leading specialist of the support program, psychotherapist, Northwestern Charity Fund for Children Left without Parental Care "Deti zhdut", Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The paper considers the motives to take orphaned children as a current issue of training and support of foster families.

Key words

Foster families, motivation, orphaned children, foster child, adaptation.

В настоящее время проблема подготовки кандидатов в приемные родители очень актуальна. Это обусловлено приоритетами государственной политики, ориентированной на проживание детей в семьях. Опыт построения отношений в приемной семье позволит ребенку в будущем иметь все условия для развития, осознать права, ответственность и обязанности членов семейной системы [6].

В предлагаемой статье рассматриваются выводы специалистов Фонда о некоторых особенностях мотивации принятия детей в семьи и особенностях сопровождения и поддержки семей с приемными детьми, основанные на результатах долгосрочного консультирования приемных семей (сроки от 2 до 6 лет).

Любая деятельность человека является полимотивированной, одновременно отвечающей совокупности двух и более мотивов [1, 3]. При этом полимотивационный комплекс иерархически организован и включает ведущие (доминирующие) и подчиненные мотивы, где доминирующие мотивы всегда высоко иерархичны, постоянно актуализируются и существенно влияют на деятельность человека, а подчиненные выполняют роль дополнительной стимуляции и занимают более низкое иерархическое положение.

Благотворительный Фонд «Дети ждут» работает с программой подготовки потенциальных приемных родителей и сопровождения приемных семей с 2012 г. Всего в проекте сопровождения находятся около 250 семей.

Основные принципы работы: психологическое консультирование, направленное на работу со всей семьей, семейный системный подход и личностно-ориентированное консультирование всех членов семьи.

Сопровождение и консультирование оказывается будущим родителям, которые заявляют о желании принять в семью ребенка, а также семьям, пережи-

вающим тот или иной кризис, уже имеющим размещенного ребенка.

Принципы работы — добровольность, активность, умение разделять ответственность и консультирование, направленное на разрешение проблемы.

Среди сопровождаемых семей был проведен опрос, включающий в себя вопросы о личностных изменениях у родителей, которые произошли с появлением приемного ребенка в семье. Анализ ответов родителей на данные вопросы представлен ниже.

Мотивы принятия ребенка в семью очень влияют на формирование родительства и на то, какие условия будут у ребенка для адаптации, какова будет сама адаптация и насколько оправдаются ожидания родителей.

Были выделены мотивационные комплексы принятия ребенка [2, 5]. Вот наиболее актуальные из них:

Гармоничный мотивационный комплекс. Таковую мотивацию имеет большая часть замещающих родителей. Она заключается в осознании возможности помощи ребенку при имеющемся у родителей ресурсе. Этот комплекс характеризуется согласованием различных мотивов с позиции осознанности решения о принятии ребенка. Для данной группы замещающих родителей характерно стремление понять ребенка, поставить себя на его место, осмыслить причины успехов и неудач, стремление к разумным требованиям и готовность к сотрудничеству со специалистами, принятию их помощи. В такой семье понятно и надежно формируются границы, долгосрочные отношения и место для ребенка в семье. Родители хорошо осознают свои потребности и умеют о них говорить.

Они отмечают в себе развитие таких личностных черт, как мудрость и смирение, терпение и принимающая любовь, умение радоваться малейшим достижениям и желание проводить с ребенком много времени

в совместных делах, хотя при этом родитель и ребенок могут быть вполне автономными. Отмечается большая степень доверия к ребенку, осознание того, как он развивается и растет. Вопрос адаптации в таких семьях не воспринимается как сложность — все осознают, что происходит, и стараются преодолеть трудности вместе. Есть понятное разделение ответственности и понятные роли, ребенок получает разностороннюю помощь и поддержку.

Реализация материнства и отцовства. Это эффективная мотивация, основная на желании развития и обоюдного духовного роста в семье с ребенком. Таких родителей можно тоже разделить на несколько групп.

- *Родители, которые медленно развивают навыки, но очень хотят стать матерью или отцом.* Они стремятся делать все на «отлично» и нуждаются в подробных советах и разъяснениях, так как имеют очень много страхов и крайне напряжены. Но потом, приняв свое родительство, они принимают и ответственность. После размещения ребенка привыкают к нему тревожно и долго (в среднем, 1 год) и нуждаются, особенно в первые 2 года, в поддержке и формировании родительской уверенности. При этом они получают большое удовольствие от общения с ребенком и отдают много сил для создания гармонии в семье. Дети адаптируются хорошо, так как они чувствуют надежную заботу и понимание себя, но иногда родительская тревожность накладывает отпечаток — у детей имеются тенденции к частым болезням, развитию невротических состояний.
- *Родители, которые очень уверены в себе и никого не слушают, используют свои стратегии поведения.* Как правило, они уже вырастили своих детей и имеют опыт воспитания. Они часто не пытаются проанализировать, какие последствия может иметь их активность, они привыкли действовать по своему усмотрению и обижаются на детей и окружающих, что те не принимают их. Результатом являются нежелание ребенка строить отношения и проблемы с построением доверия. В итоге ребенок тревожен, хочет соответствовать родителям, но не осознает себя и из-за этого возникает много сложностей. Сопровождение таких родителей отличается трудностью построения контакта, их необходимо все время возвращать к реальности.

Альтруистический мотивационный комплекс. Выражен преобладанием следующих мотивов: желание забрать ребенка из государственной системы, стремление помочь хотя бы одному ребенку-сироте. Семьи, которые таким образом «желают добра», часто состоят из волонтеров и людей помогающих профессий и разделились, по данным наших наблюдений, на несколько потоков:

- *Взрослые, которые «защищают ребенка».* Они его излишне жалеют и идеализируют, тем самым развивая у ребенка потребительские тенденции. Это приводит к тому, что у родителя формируется

непоследовательный тип воспитания и ребенок демонстрирует разные формы нарушений поведения, только чтобы сформировать свои границы. Работа с такими семьями начинается с диагностики наличия у них непрожитой утраты и мотивов, связанных с жалостью и нереализованной любовью, чувством вины перед кем-то. В консультировании таких семей много времени уходит на выяснение истинных причин жалости и работу с ними. Родители в опросе отметили трудности в том, чтобы не проявлять жалость. Однако постепенно они получают удовольствие от эффективных отношений с ребенком без жалости.

- *Взрослые, которые навязчиво пытаются «спасти» ребенка.* Пытаясь помочь, они не видят реализации своих ожиданий, и часто это приводит к декомпенсации всех видов отношений в семьях, взрослые при этом стараются быть авторитарными и порой чрезмерно загружают детей. Сопровождение таких семей заключается в семейном консультировании с целью выяснения основных мифологических тенденций семьи и причин желания созависимых отношений и склонности к спасательству. В целом, для всех представителей данной группы замещающих родителей характерно недостаточное осознание трудностей, связанных с принятием ребенка в семью, поэтому часто успехи и неудачи ребенка оцениваются субъективно, нередко желаемое выдается за действительное. Наблюдается некритическое удовлетворение любых желаний ребенка, и, как следствие, родители не предъявляют ребенку необходимых педагогических требований, что затрудняет процесс адаптации. В отзывах об изменениях в семье такие родители указали на изменение своих представлений о родительстве, трудности переориентации на реальные нужды ребенка, наличие раздражения и кризисных состояний, особенно в начале проживания ребенка в семье, сложный личностный рост. Тем не менее, позитивные изменения — обучение умению слышать и слушать себя и других членов семьи и прояснению их чувств и желаний.

Нормативный (социальный) мотивационный комплекс. Отражает максимально выраженное преобладание следующих мотивов: быть не хуже, чем другие; отсутствие детей. Кандидатам хочется соответствия нормам общества. В данном случае с трудом формируется психологическая близость между замещающими родителями и детьми. Сопровождение таких семей ориентировано на изучение реальных потребностей детей и взрослых через чувственный опыт принятия. Необходимо, чтобы такие родители все сомнения и радости разделяли с другими приемными семьями и получали от них поддержку и реальную обратную связь. Такие родители отмечают, что им становится легче и напряжение уходит, когда они видят другие семьи. За годы жизни с ребенком такие родители отмечают снижение уровня тревожности и опасений низких оценок окружающими их результатов. От-

мечается развенчание «мифов в голове» и осознание реальных нужд, своих и ребенка. Родители отмечают повышение уверенности в себе.

Начатые наблюдения и исследования будут продолжаться, так как это необходимо для дальнейшего эффективного сопровождения.

Библиографический список

1. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
2. Ослон В. Н. Жизнеустройство детей-сирот. Профессиональная замещающая семья. М.: Генезис, 2006. 368 с.
3. Платонов Ю. Н. Социальная психология поведения: учебное пособие. СПб.: Питер, 2006. 464 с.
4. Семья Г. В. Политика деинституализации учреждений интернатного типа // Детский дом. 2005. № 4(17). С. 2–7.
5. Павлиева Н. А., Савченко В. В., Соломатина Г. Н. Мотивация принятия ребенка в замещающую семью // Общество. Среда. Развитие. 2011. № 1. С. 132–137.
6. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. М., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2007. 352 с.

ТЕХНОЛОГИЯ СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ В ГБУ ЦССВ «НАШ ДОМ» КАК УСЛОВИЕ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА

Зарецкий Ю. В., к. псих. н., Лотарева Т. Ю.,
Государственное бюджетное учреждение Центр содействия семейному воспитанию
«Наш дом»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Проанализирован опыт работы службы сопровождения замещающих семей ЦССВ «Наш дом». Описаны услуги по сопровождению семей, взявших приемного ребенка. Приведены принципы работы, обеспечивающие эффективную помощь семье и приемному ребенку. Рассмотрены уровни технологий сопровождения замещающих семей. Сделаны выводы относительно подхода к реализации услуги по сопровождению приемных семей.

Ключевые слова

Замещающая семья, приемный ребенок, услуга по сопровождению замещающих семей, уровни сопровождения.

THE FOSTER FAMILIES SUPPORT TECHNOLOGY IN THE CENTRE “OUR HOME” AS A CONDITION FOR SUCCESSFUL SOCIALIZATION OF AN ADOPTED CHILD

Zaretsky U. V., PhD (Psychology), Lotareva T. U.
State Budgetary Institution the Centre For Family Upbringing Assistance “Our Home”,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article describes the experience of the foster family support service in the CFUA “Nash Dom” (“Our home”). The study also describes a service of supporting a family with a foster child and suggests principles of providing effective assistance to the family and the adopted child. The levels of foster families support technology are considered and specified. The final part of the paper draws conclusions on the approach to the implementation of foster families support services.

Key words

Foster family, adopted child, foster families support service, levels of support.

Услуга по сопровождению замещающих семей в Москве обусловлена проблемой благоприятного развития и социализации ребенка-сироты в условиях се-

мейного жизнеустройства. Следовательно, сопровождение семьи может осуществляться в рамках детоцентрированного подхода, когда основным предметом

взаимодействия специалистов с членами семьи и специалистами ООиП является сам ребенок: его интересы, возрастные и психологические особенности и потребности.

Работа по сопровождению начинается с прояснения запроса семьи и психодиагностики эмоциональной и познавательной сферы ребенка, а также сбора данных об истории жизни ребенка и его актуальной социальной ситуации развития.

Как показывает опыт, для подавляющего большинства приемных детей характерна выраженная неравномерность в развитии. Поэтому рекомендации специалистов службы часто связаны с назначением индивидуальных коррекционно-развивающих занятий с учителем логопедом, дефектологом, репетитором и т. д.

Второй довольно частой проблемой детей, воспитывающихся в приемных семьях, является опыт переживания психотравмирующих ситуаций пренебрежения и насилия на первых этапах жизни. Последствиями такого опыта являются высокий уровень тревожности и признаки социальной дезадаптации. В целях реабилитации и помощи ребенку в преодолении психотравмирующих переживаний в программу сопровождения включается курс индивидуальных психологических занятий в реабилитационном пространстве. В ходе реабилитации детский психолог также консультирует приемных родителей по вопросу динамики эмоционального состояния ребенка и помогает в налаживании детско-родительских отношений через обучение приемам психотерапевтической помощи, что способствует формированию надежной привязанности и выступает важной составляющей развития доверительных внутрисемейных отношений. Развитию родительской чуткости и других компетенций посвящены групповые формы работы с приемными родителями.

Еще одно большое направление в работе по сопровождению ребенка связано с вопросами образования и социализации. Оценивая ресурсы развития ребенка, и соотнося их с возрастными задачами, специалисты службы совместно с законными представителями разрабатывают стратегию подготовки ребенка к реализации задач, характерных для его возраста. Когда в силу объективных обстоятельств ребенок не может осваивать образовательную программу наравне со сверстниками (например, из-за частой госпитализации или длительного пребывания в условиях депривации), усилия семьи и службы аккумулируются вокруг задач компенсации развития и выбора корректного образовательного маршрута.

Результатом диагностического этапа является проект индивидуальной программы сопровождения семьи, где прописываются направления работы, задачи, мероприятия и предполагаемые результаты. Один раз в 3 месяца проводится повторная диагностика эмоциональной и познавательной сферы ребенка и данные о динамике развития направляются в органы опеки. Программа может дополняться, цели и задачи сопровождения могут изменяться, что отражает потребности приемной семьи и ребенка, а также проект-

ный характер работы, о чем будет подробно написано ниже.

В процессе сопровождения семьи, помимо результатов диагностики, большое значение уделяется запросу законного представителя (представителей). С точки зрения выстраивания отношений сотрудничества, очень важно, чтобы программа сопровождения строилась на основании запроса семьи. Чаще всего родители обращаются за помощью по вопросам особенностей поведения ребенка (капризы, «убегания», непослушание, агрессия и др.), определения его (ее) образовательного маршрута, неудовлетворительных отношений между членами семьи.

Развитие ребенка прямо или косвенно зависит от умения семейной системы эффективно справляться с кризисными ситуациями. Поддерживающая психолого-педагогическая помощь семье помогает оставаться семье функциональной и успешно проходить как естественные, так и локальные кризисы.

Таким образом, для психологической работы с приемными семьями в рамках услуги по сопровождению характерны:

- 1) детоцентрированный подход, когда сопровождение выстраивается вокруг потребностей и интересов ребенка;
- 2) интегративный подход [5], согласно которому работа по сопровождению разворачивается на нескольких уровнях: личностном, интерперсональном, семейном, макросоциальном;
- 3) проектный характер работы. По мере взаимодействия специалистов Службы с семьей выявляются и проясняются все новые аспекты, относящиеся к истории семьи и ребенка, актуализируются новые запросы. По нашему глубокому убеждению работа с семьей не может осуществляться по одной типовой программе сопровождения, даже если бы она включала большой круг социальных, педагогических и психологических видов помощи. Проектный характер работы предполагает формирование определенного замысла совместной работы с семьей, опирающегося на актуальный запрос семьи и рекомендации специалистов. При этом данный замысел все время дополняется и обогащается в процессе осуществления мероприятий по сопровождению и их рефлексии.

Выбор проектного подхода в работе с семьей также связан с ценностью поддержания энергии в процессе сопровождения, когда усилия семьи и специалистов направляются на решение конкретных локальных задач таким образом, что все участники процесса выступают подлинными субъектами деятельности по сопровождению.

Таким образом, опыт по сопровождению замещающих семей в ЦССВ «Наш дом» позволяет выделить ряд особенностей связанных с ситуацией «двойного запроса»: 1 — со стороны государства (обеспечение реализации прав и интересов ребенка), 2 — со стороны семьи. Придерживаясь принципов детоцентрированного, интегративного и проектного подходов, деятельность специалистов Службы сопровождения связана

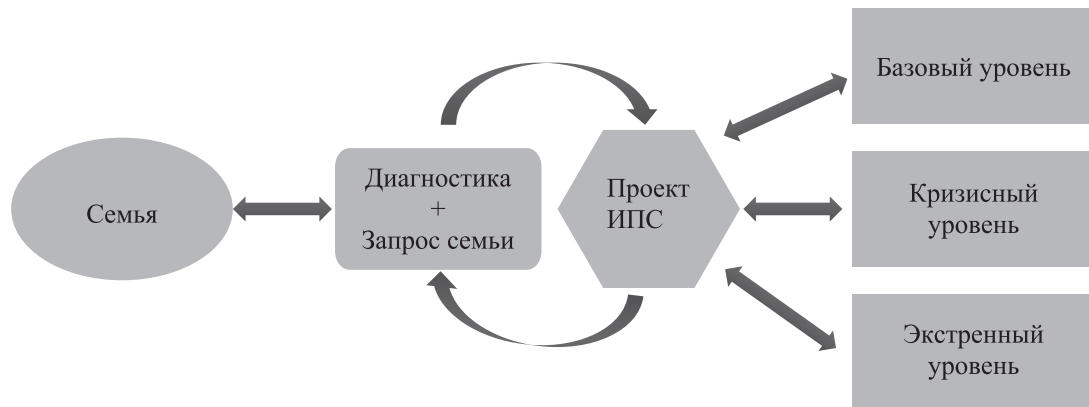


Рис. 1. Схема организации сопровождения, реализуемая в ЦССВ «Наш дом»

с организацией длительной работы с семьей, в рамках которого складываются отношения сотрудничества с законным представителем ребенка. Результаты нашей помощи мы видим в положительной динамике эмоционального и познавательного развития детей, воспитывающихся в семьях, и снижении тенденции возвратов детей в интернатные учреждения.

Нами в ЦССВ «Наш дом» разрабатывается представление о разделении технологий сопровождения замещающих семей по трем уровням: базовый, кризисный и экстренный. Данное разделение представляется нам наиболее продуктивным, так как дает возможность включения приемной семьи, находящейся на сопровождении в широкий спектр программ сопровождения. Это важно, так как семьи, взявшие на воспитание приёмного ребенка, могут в течение достаточно короткого времени изменять свой статус. Поэтому разделение на уровни именно технологий, а не семей (как это предусмотрено в стандарте [4]) и всей программы сопровождения дает необходимую гибкость для осуществления индивидуализированной и эффективной помощи семьям.

Рассмотрим формы сопровождения, которые используются на всех уровнях:

- 1) проведение психолого-медико-педагогического консилиума;
- 2) проведение психолого-педагогического консилиума;
- 3) составление индивидуальной программы сопровождения семьи;
- 4) консультирование приемных родителей (по запросу);

5) мониторинг развития ребенка.

На данный момент к базовому уровню (подразумевается, что все описанные выше формы также используются) мы относим следующие формы сопровождения:

- 1) социально-психологический тренинг для подростков;
- 2) творческие мастерские для всей семьи;
- 3) тренинг для родителей «Я — Родитель».

К технологиям кризисного уровня мы относим:

- 1) консультирование родителей (регулярные встречи не реже 1 раза в 2 недели);
- 2) детско-родительское консультирование (по запросу);
- 3) коррекционно-развивающие занятия с ребенком в реабилитационном пространстве.

К технологиям экстренного уровня относятся:

- 1) семейная конференция;
- 2) детско-родительское консультирование (регулярные встречи не реже 1 раза в 2 недели);
- 3) межведомственное взаимодействие (размещение ребенка в стационар, защита прав и интересов ребенка по вопросам жизнеустройства).

Таким образом, услуга сопровождения замещающих семей является важным условием социализации и профилактики вторичной травматизации детей группы риска. В процессе сопровождения важно соблюдать основные принципы работы: детоцентрированность, интегративный подход к пониманию семейных процессов, осуществлять проектный подход в реализации мероприятий по сопровождению семьи.

Библиографический список

1. Варга А. Я., Дробкина Т. С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001.
2. Зарецкий В. К., Дубровская М. О., Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. Пути решения проблемы сиротства в России. М.: ООО «Вопросы психологии», 2002.
3. Лотарева Т. Ю. Особенности психологического сопровождения замещающих семей // Приемная семья. 2014. № 2.
4. Стандарт предоставления услуги «Сопровождение семей, принятых на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» в городе Москве. Методические рекомендации по технологиям сопровождения семей, принявших на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и рекомендации по их внедрению / Науч. ред. Г. В. Семья. — М: ООО «Исследовательский проект», ООО «Вариант», 2014.
5. Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. Медпрактика. М., 2011.

АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ*

Игумнов С. А.¹, Замогильный С. И.², Николкина Ю. А.³,

**¹УО «Государственный институт управления и социальных технологий»
Белорусского государственного университета,
Минск, Беларусь,**

**²УО «Саратовский государственный технический университет»,
кафедра гуманитарных дисциплин,
Саратов, Российская Федерация,**

**³Клиника психического здоровья и лечения зависимостей “Rehab Family”,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Проблема алекситимии является недостаточно изученной в отечественной науке. На сегодняшний день нет единой точки зрения о механизме формирования этого феномена. Как отечественные, так и зарубежные исследования подтверждают роль алекситимии в развитии не только психосоматических заболеваний, но и аддиктивного поведения. Особое место занимает вопрос о роли алекситимии в развитии интернет-зависимости.

Ключевые слова

Алекситимия, зависимость, интернет-аддикция, аффективные расстройства.

ALEXITHYMIA AS A RISK FACTOR OF ADDICTIVE BEHAVIOUR IN YOUNG PEOPLE

Igumnov S. A.,

**State Institute of Management and Social Technologies of the Belarusian State
University,**

Minsk, Belarus,

Zamogilny S. I.,

**Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, Department of Humanities,
Saratov, Russian Federation,**

Nikolkina Yu. A.,

Mental Health and Addiction Treatment Clinic “Rehab Family”,

Moscow, Russian Federation

Abstract

The issue of alexithymia has not been studied by Russian scholars. So far, there is no single view on the mechanism of formation of this phenomenon. Both domestic and foreign studies confirm the role of alexithymia in the development of not only psychosomatic diseases, but also of addictive behaviour. Special attention is given to the role of alexithymia in the development of the Internet addiction.

Key words

Alexithymia, drug addiction, Internet addiction, affective disorders.

В последние годы наблюдается увеличение числа подростков и молодых людей, злоупотребляющих «новыми психоактивными веществами», а также страдающих нехимическими формами аддикций, в том числе интернет-зависимостью. Массовое использование современной молодежью интернета, телеком-

муникаций создает непрерывную «жвачку для мозгов», отвлекающую внимание от решения реальных проблем.

В связи с этим, особое значение приобретает изучение предикторов, располагающих к формированию как химических, так и других форм зависимо-

* Исследование проводится в рамках совместного проекта Белорусского фонда фундаментальных исследований и Российского гуманитарного научного фонда, договор № Г16Р-05 от 29 апреля 2016 г.

стей. Наименее изученным, как в отечественной, так и мировой литературе, является феномен алекситимии и ее роль в развитии аддикций. Впервые, алекситимия, как неспособность к осознанию, выражению собственных чувств была описана психоаналитиками Sifneos P. E. и Nemiac J. у больных с психосоматическими расстройствами. Первые исследования обнаруживали алекситимические характеристики у больных с соматическими заболеваниями [1–4].

В дальнейших работах французские психоаналитики предположили у этого контингента больных существование особой психосоматической структуры личности и ввели термин «опературное мышление», «когда слова находятся вне предметов» [1, 2, 5]. Как отечественные так и зарубежные авторы отмечали целый ряд таких нарушений, как утилитарный стиль мышления с бедностью символизации, трудности в вербализации своих чувств, описания своего эмоционального состояния, скудностью в межличностных связях, склонностью к импульсивным действиям [1, 2, 5–7, 13, 14].

Однако в последние годы проблема алекситимии привлекает внимание исследователей как один из возможных предикторов наркозависимости, алкоголизма и интернет-зависимости. В отечественной литературе наблюдается дефицит научных исследований по данной проблеме, хотя имеется ряд публикаций, указывающих на наличие радикала алекситимии у пациентов с зависимостями от химических веществ [1–8]. По мнению исследователей, невозможность переработать аффективные состояния, дифференцировать их и описать, способствуют снижению адаптационных возможностей и является предиктором возникновения аддикций. Как отмечает Ф. Б. Плоткин [3], склонность к крайним проявлениям эмоций, трудности в регулировании аффективных реакций, неизменно вызывают интерес к химическому веществу, как средству, облегчающему непереносимые ощущения, а также возможному способу менять свои чувства. На сегодняшний день проведены исследования, подтверждающие генетически обусловленные личностные особенности и «вторичную алекситимию», возможно, связанную с наличием органического повреждения головного мозга, которые можно расценивать как фактор риска развития алкогольной зависимости [6, 7]. Как отечественными, так и зарубежными авторами установлено влияние алекситимических личностных характеристик у зависимых от психоактивных веществ на развитие невротоподобных и эмоциональных расстройств [9,

10, 12–14]. На современном этапе обсуждается взаимовлияние депрессии и алекситимии у лиц, употребляющих наркотические вещества, а также роль в возникновении эмоциональных расстройств, первичной алекситимии, как устойчивой характеристики личности, и алекситимии, возникающей в ответ на хроническое течение зависимости [10, 14].

Как отмечают многие исследователи, развитие алекситимических черт личности, а впоследствии склонность к аддиктивному поведению зачастую взаимосвязано с пережитой детской травмой [1, 5, 14].

Наличие связи между аффективными свойствами личности и алекситимическими характеристиками у интернет-аддиктов молодого возраста в 1998 г. впервые описали K. Yong и R. C. Rodgers [14]. Но и к настоящему времени нет единой концепции в понимании патологического паттерна в «профиле личности» интернет-аддиктов. Вместе с тем, исследователи указывают на снижение показателей эмоционального интеллекта, идентификации собственных эмоций, регуляцию аффективных реакций и высокий уровень тревоги. Изучение особенностей личности студентов в университетах подтверждают взаимосвязь высоких показателей алекситимии, депрессии, тревоги, у молодых людей, в том числе, склонных к интернет-зависимости [9, 10–12]. Немногочисленные исследования по этой проблеме показывают на наличие алекситимических симптомов у зависимых интернет-аддиктов, однако зачастую авторы рассматривают алекситимию скорее в качестве механизма психологической защиты, а не как отдельный самостоятельный феномен. Вместе с тем, в отдельных исследованиях приводятся данные о прямом влиянии алекситимии на повышенный риск развития аддикций [9, 10–12, 14]. В сравнительных исследованиях здоровых студентов и лиц с интернет-зависимостью, у последних были выявлены наиболее высокие показатели выраженности алекситимических симптомов [4, 8, 11, 12].

В ходе отдельных исследований были выявлены определенные трудности в диагностике и оказании психотерапевтической помощи таким пациентам, вместе с тем авторы отмечают что данный контингент больных имеет более благоприятный прогноз чем пациенты, страдающие истинной алекситимией [1–3]. Таким образом, недостаточная разработанность вопроса алекситимии в связи с возникновением риска развития различных форм аддиктивного поведения, на современном этапе требует более детального и глубокого изучения этого феномена.

Библиографический список

1. Доддс Л. М. Психическая беспомощность и психология аддикции // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Независимая фирма «Класс», 2004. С. 151–164.
2. Михайлов А. Н., Ротенберг В. С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1990. № 5. С. 106–111.
3. Плоткин Ф. Б. Алекситимия: общая концепция, роль в формировании и поддержании аддикции, подходы к психотерапии. Теория и практика психотерапии. 2015. № 9(13). С. 40–53.
4. Солдатова Г., Рассказова Г. У. Чрезмерное использование Интернета: факторы и признаки // Психологический журнал. 2013. Т. 34, № 4. С. 79–88.
5. Смаджа К. Психоанализ процессов соматизации // Журнал практической психологии и психоанализа. 2014. № 2. <http://psyjournal.ru>

6. *Тархан А. У., Ерошин С. П.* Роль алекситимии в развитии эмоциональных и невротоподобных расстройств при алкогольной зависимости // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* 2013. № 4. С. 51–57.
7. *Тархан А. У.* Нейропсихологические механизмы алекситимии и ее связь с алкогольной анозогнозией // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* 2013. № 1. С. 71–79.
8. *Теперик Р. Ф., Жукова М. А.* Особенности общения интернет-зависимых пользователей // *Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития / под ред. А. Е. Войскунского.* М., 2009. С. 165–187.
9. *Dalbudak E., Evren C., Aldemir S. et al.* Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students // *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2013 Apr; 16(4):272-8. doi: 10.1089/cyber.2012.0390. Epub 2013 Jan 30.
10. *Farges F., Corcos M., Speranza M. et al.* Alexithymia, depression and drug addiction // *Encephale.* 2004. Vol. 30. No. 3. P. 201–211.
11. *Jerald J., Block M. D.* Issues for DSM-V: Internet Addiction // *The American Journal of Psychiatry.* 2008, Vol. 165. No. 3. P. 306–307.
12. *Kim K., Ryu E., Chon M.-Y. et al.* Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey // *International Journal of Nursing Studies.* 2006. Vol. 43. P. 185–192.
13. *Lehrer P. M.* Asthma and emotion: A review P. M. Lehrer, S. Isenberg, S. M. Hochron // *Journal of Asthma.* 1993. Vol. 30. No. 1. P. 5–21.
14. *Yong K. S.* Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // *Cyber Psychology and Behavior.* 1998. Vol. 1. P. 237–244.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА ШКОЛЫ: РИСКИ И РЕСУРСЫ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Карабанова О. А., д. псих. н., профессор,
Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова,
Федеральный Институт развития образования,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Проанализирована роль образовательной среды школы в сохранении психического и психологического здоровья и благополучия учащихся. Представлена структура образовательной среды, выделены факторы риска и условия, обеспечивающие здоровьесбережение и развития участников образовательного процесса.

Ключевые слова

Образовательная среда, психическое и психологическое здоровье, риски, развитие, сотрудничество в учебной деятельности.

SCHOOL EDUCATIONAL ENVIRONMENT: RISKS AND RESOURCES FOR MENTAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

**Karabanova O. A. Psy. D., Professor,
Lomonosov Moscow State University,
Federal Institute of Education Development,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article analyses the role of the educational environment of the school in maintaining mental and psychological health and well-being of students. The structure of the educational environment, selected risk factors and conditions that ensure the health and development of participants of educational process are discussed.

Key words

Educational environment, psychological and mental health, risks, development, cooperation in learning activities.

Проектирование современной школы как ресурса сохранения и оптимизации психического и психологического здоровья детей и подростков, требует обращения к понятию «образовательная среда». Под образовательной средой понимается система влияний и условий личностного развития всех участников образовательного процесса как обучающихся, так и педагогов, содержащихся в социальном и пространственно-предметном окружении [6]. Комплекс условий саморазвития включает три компонента: пространственно-временную среду (помещения для занятий, здание в целом, прилегающую территорию, связность функциональных зон, гибкость, управляемость, индивидуализированность и аутентичность); социальную среду (ролевые и межличностные отношения всех участников образовательного процесса, включая педагогов, учащихся, родителей и администрацию, их взаимопонимание и удовлетворенность сотрудничеством, сплоченность и авторитетность; деятельность составляющую — содержание и методы обучения, релевантные целям образования и возрастным психологическим особенностям детей. Образовательная среда как совокупность условий для обучения, развития и социализации учащихся, проявления и развития их способностей в соответствии с интересами и склонностями и социальным запросом на образование, составляет основу эффективности школы и включает стиль общения, психологический климат, эмоциональное благополучие детей в школе, поощрение творчества, узорь/богатство культурного содержания и пр. [2]

В коммуникативно-ориентированной модели образовательной среды [3, 4] образовательная среда понимается как форма сотрудничества (коммуникативно-взаимодействия), создающая особые виды общности («учащийся-педагог», «учащийся — учащиеся»), обеспечивающие усвоение соответствующих знаний, умений и навыков, развитие личности и ключевых компетенций. Образовательная среда выступает как интегративная комплексная характеристика школы, определяемая целевыми установками педагогического коллектива, находящая выражение в системе средств достижения поставленных целей (учебных программах, организации уроков, типе взаимодействия педагогов с учащимися, качестве оценок, стиле межличностных отношений между учащимися; организации внеучебной школьной жизни, материально-техническом оснащении школы и т. д.) и оцениваемая по развивающему эффекту [3, 4].

Структура образовательной среды, таким образом, включает целевые установки школы, определяющие вектор развития; психологический климат, социально-психологическую структуру коллектива, психологическую организацию и технологии передачи знаний; психологические характеристики учащихся. Принципиально то, что коммуникация, общение и кооперация приобретают ключевое значение и рассматриваются как источник развития, определяющий зону ближайшего развития учащихся.

В антрополого-психологической модели образовательной среды решающее значение придается сов-

местной деятельности субъектов образовательного процесса, рассматриваемой как динамическая система взаимодействий образовательного пространства, управления образованием, места образования и учащихся [5]. Параметрами образовательной среды выступают насыщенность (ресурсный потенциал) и структурированность (способ организации). По способу организации образовательная среда может основываться на принципе единообразия, разнообразия (следствием чего является атомизация образовательных систем и разрушение единого образовательного пространства), вариативности (как единства многообразия). Лишь вариативность, отвечающая индивидуальности учащихся, обеспечивает оптимум соотношения универсального и индивидуального в системе образования, выступает условием сохранения здоровья обучающихся — физического, психического, психологического.

Развивающая оптимальная здоровьесберегающая образовательная среда, как система жизнедеятельности учащихся в современной школе, должна обеспечить условия для личностного, социального, познавательного развития учащихся на основе полной реализации личностного, духовно-нравственного и интеллектуального потенциала каждого ребенка; принятие самоценности учащегося, приоритет гуманистических ценностей в образовании; становление и развитие субъектности учебной деятельности с перспективой перехода к деятельности самообразования и саморазвитию; учебное сотрудничество через развитие социальной компетентности личности посредством проектирования и организации совместных социальных действий [1]; индивидуально-дифференцированный подход, учет образовательных интересов и склонностей детей, психологическую безопасность и защиту каждого участника образовательного процесса от травли и буллинга; мобильность образовательной среды как способность к эволюционным прогрессивным изменениям; социально-психологическую комфортность образовательной среды (взаимопонимание и удовлетворенность взаимоотношениями субъектов образовательного процесса; преобладающее позитивное настроение, авторитетность администрации и педагогов; участие всех субъектов в управлении образовательного процесса соответственно их мере компетентности; сплоченность и сознательность; продуктивность взаимодействия); способность образовательной среды обеспечивать удовлетворение потребностей участников образовательного процесса. В иерархическую систему потребностей входят физиологические потребности; потребность в безопасности; потребность в ценностном самоопределении, любви, признании, уважении; значимой деятельности; в сохранении и повышении самооценки; познавательная потребность в области интересов, потребность в преобразующей деятельности; в эстетическом оформлении окружающей обстановки; в самостоятельном упорядочении индивидуальной картины мира; в достижении все более высокого уровня мастерства в своем деле; в самоактуализации и самоутверждении [6].

Факторы риска психического и психологического здоровья и эмоционального благополучия участников образовательного процесса в школьной образовательной среде включают недостаточное кадровое обеспечение квалифицированными учителями; интенсификацию учебного процесса, повышенную учебную нагрузку, ее неравномерное распределение в течении учебного года, чрезмерную информационную насыщенность, интенсивность самостоятельной и классной работы; несоответствие содержания и методов возрастным и функциональным возможностям школьников; нерациональную организацию учебной деятельности и учебного сотрудничества; несоответствие уровня требований учебного предмета возможностям ученика; познавательную и интеллектуальную пассивность учащихся; стиль взаимоотношений педагога и учащихся, и неэффективные формы общения, низкую коммуникативную компетентность участников образовательного процесса; недостаточную защищенность от психологического насилия в школе; низкую компетентность педагогов в области охраны и укрепления здоровья, применения здоровьесберегающих технологий; отсутствие системы работы по формированию здорового образа жизни среди учащихся, профилактике вредных привычек, половому воспитанию; недостаточную материально-техническую базу и условия обучения, подлежащие санитарно-гигиеническому нормированию (освещение, полиграфия учебников и пр).

Условия обеспечения психологического здоровья и благополучия определяются организацией учебного сотрудничества, характером взаимодействия, общения и кооперации субъектов образовательного процесса, нетерпимостью всего уклада школьной жизни

к проявлениям агрессии и насилия, активной заинтересованной позицией и включенностью учащихся в школьную жизнь. Соответственно, необходимо обеспечить развитие учебного сотрудничества, переход от субъект-объектной логике к логике со-действия, со-трудничества, когда учитель и ученик выступают как партнеры совместного развития, выстраивающие равноправные отношения, исключающие манипуляцию, авторитаризм, доминирование; эффективное педагогическое общение; конструктивное разрешение конфликтов; создание психологической службы в школе с целью психологической профилактики, коррекции, реабилитации, психологической помощи в кризисной ситуации, психолого-педагогическое сопровождение личностного, социального, профессионального сопровождения молодежи; активное противодействие всем видам насилия, отвержения, интолерантности силами педагогического и ученического коллектива; создание индивидуальной психолого-педагогической программы сопровождения индивидуального образовательного маршрута учащихся с учетом их интересов, познавательных потребностей и склонностей; использование инновационных психолого-педагогических и информационно-коммуникационных образовательных и здоровьесберегающих технологий; постоянно действующую систему повышения квалификации и профессионального роста педагогов; развитие системы школьного самоуправления; открытость школы к развитию, инновациям, преобразованиям, связанным с модернизацией системы общего образования; соответствие материально-технической базы, обеспеченности помещениями, их оборудованием требованиям санитарно-гигиенических норм.

Библиографический список

1. *Асмолов А. Г., Солдатова Г. У.* Социальная компетентность классного руководителя. Режиссура совместных действий. М., 2006.
2. *Панов В. И.* Психодидактика образовательных систем. Теория и практика. СПб., 2007.
3. *Рубцов В. В.* Основы социально-генетической психологии. — М.—Воронеж. 1997.
4. *Рубцов В. В., Ивошина Т. Г.* Проектирование развивающей образовательной среды школы. М., 2002.
5. *Слободчиков В. И.* Образовательная среда: реализация целей образования в пространстве культуры // Новые ценности образования: культурные модели школ. Вып. 7. М., 1997.
6. *Ясвин А. В.* Экспертиза школьной образовательной среды. М., 2002.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СИРОТ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ НА СТАДИИ АДАПТАЦИИ

**Кудряшова М. Г., психолог,
Северо-западный благотворительный фонд помощи детям,
оставшимся без попечения родителей «Дети ждут»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Аннотация

Описан опыт психологического сопровождения приемных детей в замещающих семьях, основные проблемы и задачи психологической поддержки на разных этапах адаптации ребенка в семье.

Ключевые слова

Социальные сироты, замещающая семья, приемный ребенок, адаптация, психологическое сопровождение.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF SOCIAL ORPHANS IN SUBSTITUTE FAMILIES AT THE ADAPTATION STAGE

**Kudryashova M., Psychologist,
Northwest Charity Foundation for Children Left without Parental Care, "Deti Zhdut"
Saint Petersburg, Russian Federation**

Abstract

The article looks at the practice of psychological support of foster children in substitute families and main challenges and tasks of psychological support at various adaptation stages in a family.

Key words

Social orphans, substitute family, foster child, adaptation, psychological support.

Многочисленные исследования в сфере помощи детям, оставшимся без попечения родителей, показывают, что семья является приоритетной формой жизнеустройства. Изучением влияния интернатного воспитания на детей в нашей стране занимались И. В. Дубровина, В. С. Мухина, А. М. Прихожан, Н. Н. Толстых, Г. В. Грибанова, М. И. Лисина.

Однако опыт показывает, что семейное устройство имеет свои сложности: вместе с развитием института замещающей семьи четче проявляются такие проблемные зоны, как повторные отказы и травматизация детей, связанная с затяжным течением кризиса адаптации и неспособностью его преодолеть [4].

Очевидной становится необходимость изучения и разработки грамотной системы поддержки семей, взявших на воспитание приемного ребенка.

С 2012 г. в Фонде «Дети ждут» работает проект социально-психологического сопровождения замещающих семей. За это время в проект обратилось 270 семей с разными сроками размещения приемных детей. Опыт работы проекта позволяет описать основные сложности, с которыми обращаются замещающие семьи.

Большинство замещающих семей обращаются за помощью в проект на кризисных этапах, они нуждаются в поддержке, прояснении причин существующих сложностей и изучении возможных путей развития. Травматический опыт ребенка и способы поведения, усвоенные в интернатных учреждениях, осложняют процесс социальной адаптации и, кроме привыкания ребенка к семье, создают массу проблем, с которыми приходится сталкиваться замещающим родителям.

Специалисты проекта работают в формате, подразумевающим работу со всей семьей и системой взаимоотношений. Консультации родителей направлены на укрепление ресурсов, понимание возможностей, поддержку самостоятельного преодоления сложностей и реабилитацию ребенка внутри семьи. Индивидуальная поддержка ребенка является этапом комплексной ра-

боты, нацеленным на помощь в кризисном периоде и преодоление сложностей, связанных с опытом сиротства.

Как важную цель психологического сопровождения специалисты выделяют помощь в адаптации приемного ребенка в семье. Понятие адаптации в данном контексте рассматривается как «процесс включения ребенка в новую, замещающую семью, сопровождаемый построением новых взаимоотношений и взаимного приспособления, в результате чего создаются условия для гармоничного развития ребенка и семейной системы» [2].

Со стороны ребенка важно учитывать: возраст, проживание утраты отношений с родственниками и надежду на восстановление семьи, опыт семейной жизни и ожидания от жизни в замещающей семье, наличие опыта жестокого обращения, личностные особенности и особенности формирования привязанности. Отмечается, что легче в замещающей семье адаптируются маленькие дети, старшие дети, имевшие опыт привязанности в младенчестве или жизни в семье. Важно учитывать проживание утраты: острое либо замершее горе потери семьи может являться препятствием к построению отношений с замещающими родителями, лишая ребенка эмоционального ресурса или внушая ему чувство предательства своих родственников [1, с. 82]. Отсутствие опыта построения отношений привязанности у детей-«отказников», с рождения проживающих в учреждении, также будет являться фактором, усложняющим адаптацию ребенка к условиям жизни в семье. Опыт жестокого обращения и потеря доверия к взрослым выступает серьезным барьером, такой ребенок нуждается в терпеливом отношении, поддержке и понимании своего опыта. Часто у социальных сирот плохо сформированы навыки эмоциональной саморегуляции.

На сегодняшний момент немногие учреждения могут уделить большое внимание подготовке детей к жизни в замещающей семье и их активную реабилитацию. Чаще всего дети приходят в замещающую

семью, привнося с собой весь свой сложный жизненный опыт.

Условно выделяют несколько этапов адаптации ребенка в замещающей семье [2].

На первом этапе, когда ребенок только приходит в дом, происходит его знакомство с новым окружением. В это время участники отношений ведут себя приветливо, осторожно и сдержанно, изучая друг друга. Для этого этапа может быть характерна «опережающая привязанность», семья определяет роли, исходя из своих представлений и ожиданий, на уровне поведения стараясь создать идеальную в своем представлении картину. Его длительность может быть различной, в зависимости от возраста, длительности знакомства и условий перемещения ребенка.

На этом этапе индивидуальная психологическая работа с ребенком проводится только в случае крайней необходимости. Главная задача ребенка в этот момент — изучить среду и начать формировать отношения с важными людьми: новой семьей. Весь внутренний ресурс направлен на обретение стабильности в новых условиях, и важно его не дезориентировать.

Второй этап характеризует нарастание конфликтов и изменение поведения ребенка. В этот момент взаимная сдержанность ослабевает, начинают проявляться реальные чувства. Отчасти это обусловлено появлением доверия у приемного ребенка, ослаблением контроля и напряжения. Ребенок «оттаивает» и начинает проявлять накопившиеся эмоции, переживания, пробовать разные способы поведения, проверяя границы родителей. Родители в свою очередь начинают активнее проявлять свои ожидания, вступающие в конфликт с реальностью. В полном смысле слова начинается процесс взаимного узнавания без прикрас.

Включение индивидуальной поддержки ребенка необходимо в случае затяжного острого течения этого этапа. Помощь ребенку будет носить особенности «кризисной» помощи и иметь целью создание ресурса для эмоционального преодоления острого этапа. Работа направлена на формирование безопасных отношений привязанности, опыт которых ребенок может переносить на свою жизнь в семье, и изучение актуальных чувств и эмоций и помощь в их проживании. Здесь важным выступает «контейнирование», способность специалиста принять, выдержать и доступным образом объяснить ребенку его эмоции и состояние. Получая опыт принятия и нейтрального изучения своего состояния, ребенок получает возможность развивать себя и пробовать новые способы действия, что является большой поддержкой и ресурсом к преодолению кризиса и прочного круга непонимания в отношениях с семьей.

Третий этап называют «вживанием». Особенности характера и ожиданий участников отношений постепенно проясняются, и они начинают предпринимать попытки к взаимному приспособлению. Этот этап длительный, имеет «волнообразный» характер.

На данном этапе отношения с приемной семьей уже частично сформированы, основные проблемные

темы отношений становятся более четкими и локализованными. Ребенок начинает доверять новой семье, расслабляется и получает возможность обратиться к себе и своему опыту.

Дети начинают больше рассказывать о своей прошлой жизни, этап затишья может сменяться новыми конфликтами в связи с новым шагом к искренности или сомнениями со стороны всех участников отношений.

Индивидуальная поддержка ребенка на данном этапе уже может быть связана с конкретным запросом. Общим для всех этапов будет построение отношений принятия и обучение ребенка пониманию своих эмоций, однако здесь уже возможно более четкое определение проблемных зон и планирование работы с ребенком.

Занятия с детьми проводятся в игровом формате с применением песочной и арт-терапии. Курс занятий обычно состоит из 15 встреч и повторяется после перерыва, нацеленного на закрепление полученных результатов. В ходе занятий ребенок имеет возможность отреагировать чувства, связанные с актуальными отношениями, проиграть различные сюжеты поведения, изучить вместе со специалистом свои стратегии и в игровой форме попробовать новые. Также игра дает ребенку возможность обратиться к тревожащим вопросам прошлого и связанными с ними чувствами. Нередко некоторые переживания дети не могут вынести в общении с семьей, так как стесняются их и боятся навредить отношениям. Возможность создать доверительные отношения с нейтральным человеком, обсудить или проиграть с ним важные переживания и получить опыт принятия, несмотря на тяжесть переживаний или неблагоприятность чувств, дает ребенку освобождение от напряжения. Игровые занятия способствуют обучению ребенка эмоциональной саморегуляции, лучшему пониманию своих чувств и мотивов. Практика работы проекта показывает, что в результате занятий у детей наблюдаются: уменьшение проявлений психосоматического напряжения, снижение тревоги, страхов, агрессии. Формируются коммуникативные навыки, начинают проявляться новые стратегии в общении с семьей (дети инициируют разговоры, делятся переживаниями), в ряде случаев улучшалась школьная успеваемость.

Четвертый этап характеризуется стабилизацией отношений. Ребенок получает свою роль в семье, принимает семейные правила и чувствует себя ее частью.

Формирование семейной и личной идентичности ребенка не ограничивается первыми тремя этапами. По мере взросления и получения нового опыта и ролей каждый человек задает себе вопрос: «Кто я?» и обращается к своему жизненному опыту. Он нуждается в новом понимании с позиции малыша, школьника, подростка, молодого человека.

Тема приемности, травматического опыта и паттернов, усвоенных при жизни в учреждении и неблагополучной семье, могут периодически всплывать для того, чтобы быть заново изученными и занять свое место.

Библиографический список

1. Капилина (Пичугина) М. В., Панюшева Т. Д. Приемный ребенок: жизненный путь, помощь и поддержка. М.: Никая, 2015.
2. Киселева Н. А. Проблема адаптации приемных детей и родителей в замещающих семьях // Вестник Псков ГУ. Серия: Социально-гуманитарные и психолого-педагогические науки. 2014. Вып. 4. С. 134–138.
3. Павлова Т. В., Соломенникова Л. П. Эмоциональная неустойчивость ребенка в замещающей семье // Science Time. 2015. Вып. 11(23). С. 429–430.
4. Печёнкина Т. И. Проблема адаптации социальных сирот в замещающих семьях // Ученые записки. 2009. Вып. 2. С. 86–90.
5. Шипицына Л. М. Психология детей-сирот. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета. 2005.

THE CHALLENGE OF RELIGIOUS DIVERSITY IN CONTEMPORARY EUROPE: APPLICATION OF A RESEARCH TRADITION FROM THE UK TO A PROJECT IN BASHKORTOSTAN— BACKGROUND AND OBJECTIVES*

Lewis C. A., D. Phil., Professor,
Glyndŵr University, Wales, UK & Bashkir State University,
Republic of Bashkortostan, Russia
Galyautdinova S., PhD, Professor, Burkhanova F., PhD, Professor,
Vildanova G., PhD, Professor, Algushaeva V., Dr., PhD, Nurmukhametova I., Dr., PhD,
Kutusheva R., Dr., PhD, Sabitov M., Dr., PhD, Khukhrin M., MSc, Asstant Professor,
Koltaev V., Mr.
Bashkir State University,
Republic of Bashkortostan, Russian Federation

Abstract

The aim was to provide a brief overview of the antecedents of the project “The study of social and psychological problems of youth in the multiethnic environment and the development of ways to prevent and overcome ethnic and religious conflicts”. Foundational research on which the project is built and objectives of the project are presented.

Key words

Bashkortostan, conflict, diversity, ethnic, religion, terrorism.

Introduction. Increasing religious diversity throughout Europe provides both a major challenge and an opportunity for future society. The media commenting on recent local and international events have given religious difference and divisions a high public profile. There is a growing recognition at government level that religion cannot be relegated to the private sphere and that educating youth about religious diversity can contribute to community cohesion. To date little research has been conducted on the attitudes and influences of youth towards religious diversity or the factors influencing their formation. These attitudes and influences are the subject of this research project to be carried out by researchers at Bashkir State University, based on foundational work in the UK. Commencing 2015, the Russian Science Foundation (RNF) has funded the project focused on the youth in Bashkortostan.

Research context. Within the contemporary social scientific study of religion there is renewed interest in the examination of intergroup relations, conflict, and terrorism [1]. Such renewed concern among researchers was significantly stimulated by the terrorist events on “9/11” (2,996 killed, New York, USA, 11/09/01), and the USA’s response, the so-called “War on Terror”. This concern has been maintained by subsequent terrorist events. Prominent examples include: “Bali bombing” (202 killed, Bali, Indonesia, 12/10/02), “Moscow theater hostage crisis” (173 killed, Moscow, Russia, 23–26/10/02), “Madrid train bombings” (191 killed, Madrid, Spain, 11/03/04), and “Beslan school hostage crisis” (334 killed, Beslan, Russia, 1–3/09/04). Such high-profile terrorist events have often been claimed by, or attributed to, Muslim extremists. The “backlash” against Muslims, arising from such events has been propagated by populist nationalist politicians and sym-

* This research was supported by the Russian Science Foundation (RNF) grant No. 15-18-00142.

pathetic media outlets in Europe and the USA fueling increased anxiety over immigration and the integration of Muslims into “Western” society. This mixture has resulted in the rise of “Islamophobia” (the irrational fear, or closed-minded prejudice against, or hatred, and bigotry of Muslims due to their religion, or perceived religious, national, or ethnic identity associated with Islam. This can also be connected with xenophobia). Given this context, there has been much interest from researchers in examining ethnic and religious conflicts, and also in the associated sequelae (e. g., intergroup relations and attitudes).

Foundational Research. The foundational research on which the current project is built, is located within the UK, and comprises of five connected projects that, over the last 50 years, have examined the social significance of religion within contemporary British society, including intergroup relations.

Firstly, the “Readiness for Religion Project” is a school-based survey of approximately 1200 16–18 year olds conducted every 10 years from 1968 to 2008 undertaken in Northern Ireland examining the association between “religiosity” and various areas of values and attitudes. Respondents completed measures of religious discrimination and colour prejudice [2, 3].

Secondly, the “Teenage Religions and Values Project” is a school-based survey of over 34,000 13–15 year olds undertaken in England and Wales examining the association between “religiosity” and various areas of values and attitudes. Respondents completed measures of moral attitudes, including attitude towards abortions, and sexual intercourse under the legal age [4, 5].

Thirdly, the “Attitudes toward Religion Project” comprises of a series of small-scale surveys in the UK and internationally among different age groups and religions developed to measure religious attitude in different faith traditions (Christian, Judaism, Hinduism, Muslim). The Astley-Francis Scale of Attitude Towards Theistic Faith contains items such as “Prayer helps me a lot” and “God means a lot to me” and therefore allows “religious attitude” to be measured by the same instrument across a variety of religions, therefore allowing for more accurate comparisons to be undertaken [6].

Fourthly, the “Outgroup Prejudice Project” comprises of three small scale surveys in the UK among different faith groups designed to develop and validate the Outgroup Prejudice Index [7]. The Attitude toward

Muslim Proximity Index (AMPI) contains items such as “How would you feel about a close relative marrying a Muslim person?”; “Would you mind if girls in your school/college wore a headscarf?” [8].

Fifthly, the “Young People’s Attitudes to Religious Diversity Project” is a large scale mixed methods (survey and focus groups) study investigating the attitudes of 13–16 year olds students from each nation within the UK designed to examine the relationship between faith background/identity, values, encounters with diversity, and attitudes to diversity. The Attitude toward Religious Diversity Index (ARDI) contains items such as “We must respect all religions”; “People from different religious backgrounds make where I live an interesting place” [9, 10].

Research Objectives in Bashkortostan. The foundational research located within the UK provides a secure foundation on which subsequent research can be built. Firstly, there has been a large amount of data collected and analysed. Secondly, a number of relevant scales have been developed and validated. Thirdly, a range of theoretically derived research questions have been examined and published in international peer reviewed journals.

A revised version of the “Young People’s Attitudes to Religious Diversity Project” survey is currently being administered to a large sample of youth in Bashkortostan. The project has four objectives. Firstly, to apply and assess quantitative research methods to examine the understanding of young people’s attitudes to religious diversity in Bashkortostan. Secondly, to examine the factors that influence youth’s attitudes to religious diversity through the application of theoretical and methodological insights from various disciplines (psychology, sociology, empirical theology, educational studies). Thirdly, to disseminate the results of the project to increase the awareness of decision makers of the variety of factors influencing young people’s attitudes to diversity (for example, influence of media, home, religion, individual differences). Fourthly, to expand on previous research studies of youth’s attitudes to religious diversity in the UK, by comparing those findings to those from Bashkortostan.

During the academic year 2015/16, data will be collected and analysed, and the initial results published thereafter.

Bibliography

1. Lewis C. A., Rogers M. B., Loewenthal K. M., Amlot R., Cinnirella M., Ansari H. (Eds.). Aspects of terrorism and martyrdom: Dying for good, dying for God. Lewiston, NY: Edwin Mellen Press. 2013.
2. Francis L. J., Robbins M., Barnes L. P., Lewis C. A. Religiously affiliated schools in Northern Ireland: The persistence of denominational differences in pupils’ religious and moral values // *Journal of Empirical Theology*, 2006. 19, 182–202.
3. Lewis C. A., Francis L. J. Sixth form religion in Northern Ireland 1968–2011: Revisiting the Protestant profile. Paper presented at the meeting of the 40th Educational Studies Association of Ireland (ESAI) Annual Conference, County Galway, Republic of Ireland. April 2016.
4. Francis L. J., Kay W. K. Teenage religion and values. Leominster: Gracewing Publishing, 1995.
5. Robbins M., Francis L. J. The teenage religion and values survey in England and Wales: An overview // *British Journal of Religious Education*, 2010. 32(3), 307–320.
6. Astley J., Francis L. J., Robbins M. Assessing attitude towards religion: The Astley-Francis Scale of Attitude Towards Theistic Faith // *British Journal of Religious Education*, 2012. 34(2), 183–193.

7. Brockett A., Village A., Francis L.J. Assessing outgroup prejudice among secondary pupils in Northern England: Introducing the Outgroup Prejudice Index (OPI) // *Research in Education*, 2010. 86, 67–77.
8. Brockett A., Village A., Francis L.J. Internal consistency reliability and construct validity of the Attitude toward Muslim Proximity Index (AMPI): A measure of social distance // *British Journal of Religious Education*, 2009. 31, 241–249.
9. Francis L.J., Croft J.S., Pyke A. Religious diversity, empathy, and God images: Perspectives from the psychology of religion shaping a study among adolescents in the UK // *Journal of Beliefs & Values*, 2012. 33(3), 293–307.
10. Francis L.J., Croft J.S., Pyke A., Robbins M. Young people's attitudes to religious diversity: Quantitative approaches from social psychology and empirical theology // *Journal of Beliefs & Values*, 2012. 33(3), 279–292.

NATIONAL MENTAL HEALTH PREVENTION AND SERVICE MODELS FOR CHILDREN & ADOLESCENTS

**Milavić G., Dr., MD, F.R.C. Psych,
Consultant Child and Adolescent Psychiatrist,
Maudsley Child and Adolescent International, Maudsley Hospital,
London, UK,
Co-chair of the WPA Scientific Section of Child and Adolescent Psychiatry
(UK and Serbia)**

Most mental and substance misuse disorders begin during childhood and adolescence [1] with three quarters of common mental disorders starting before the age of 25 according to a large US epidemiological study [2]. 40% of young people experience at least one mental disorder by age 16 [3]. There is no reason to believe that these statistics do not apply to other countries. The global burden of disease associated with common childhood disorders, such as conduct and emotional disorders, developmental disabilities and attention deficit hyperactivity disorders, trumps that of any other disorders in children younger than 10 [4].

There is growing evidence that a range of psychiatric disorders can be prevented through the implementation of sound, evidence—based interventions in this young population. Childhood and adolescence are particularly conducive periods for effecting change and conferring developmental benefits. Indeed, recent research into developmental trajectories of brain development view most mental disorders as “neurodevelopmental” [5].

Clinicians, primary care practitioners, teachers and social workers need to work together in order to promote mental health, prevent disorders from arising, ameliorate the effects of mental ill health and enhance recovery. Improved mental wellbeing and reduced mental disorder are associated with better physical health, longer life expectancy, reduced inequalities, healthier lifestyles, improved social functioning and better quality of life.

Evidence-based interventions lie at the root of any such public health policy. Programmes of prevention need to be culturally sensitive and applicable to particular geographic regions and local health economies. Locally developed research programmes and interventions are likely to reap the most benefit. And yet, although 90% of the world's young people under 18 live in de-

veloping countries, only 10% of randomized controlled trials testing mental health interventions for children occurred in low and middle income countries [6].

I set out two initiatives focussing on priorities for research and practice, aimed at enhancing mental health across the life span.

Firstly, in 2010 the National Institute of Mental Health and partners and the Global Alliance for Chronic Disease launched the Grand Challenges in Global Mental Health [7] addressing high, low and middle income countries and focussing on mental, neurological and substance use disorders. More than 400 researchers and clinicians from 60 countries formulated challenges ranging from research to implementation of mental health programmes across the world. More specifically, within the goals of 'Advance Prevention and Implementation of Early Interventions' linked to child and adolescent mental health it is proposed that community environments, which promote physical and mental health being, should be supported throughout life; that interventions should be developed in order to reduce the long-term negative impact of low childhood socio-economic status on cognitive development and mental health; that locally appropriate strategies should be developed to address child abuse and enhance child protection; that a set of evidence based primary intervention programmes be developed and that the duration of mental illness be reduced through the implementation of culturally sensitive early interventions [7].

Secondly, I describe the UK Guidance for Commissioning Public Mental Health Services [8]. The authors of this report point out the poor outcomes associated with children and adolescents who have mental health problems such as poor health, poor social skills and lower levels of educational attainment [9] higher risk

of self harm and suicide [10, 11] higher health risk of smoking, alcohol consumption and drug misuse [9] and higher rates of antisocial and offending behaviour and violence [11, 12] with concomitant poor outcomes in adulthood across all domains of life. However, by investing in prevention through the use of a range of evidence-based public health interventions, societies can make huge savings and improve physical, social and mental health outcomes in the population. For instance, economic savings from prevention include £14 saved for each pound spent in school based interventions to reduce bullying; £84 saved for each pound spent to prevent conduct disorders through school based social and emotional learning programmes [13]; £829 and £6,446 saved through school based violence prevention programmes with net savings six and ten years after the programme began [14]. It is emphasized that future costs of mental disorder can be reduced through whole population mental health promotion and a focus on particularly vulnerable groups such as looked after children in social care, children with special educational needs, children with parents in prison and young offenders. Examples of public health interventions which have a strong evidence base include smoking cessation programmes for pregnant women, breastfeeding initiatives, home visiting programmes for mothers with young children, parenting programmes, high quality pre-school programmes and

school programmes for addressing emotional and behavioural difficulties [8].

Good epidemiological knowledge, awareness of cultural values and local demographic characteristics form the basis of any needs assessment leading to the provision of mental health services for children and adolescents including prevention and early intervention programmes. Health, Education and Social Services and voluntary agencies must work together. The voice of children, young people and their families has become increasingly important in forming new policy.

In England Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) are provided through a network of services, which include universal, targeted and specialist services, organised in four tiers; universal services such as early years services and primary care (Tier 1 CAMHS); targeted services such as youth offending teams, primary mental health workers, and school and youth counselling (including social care and education) (Tier 2 CAMHS); specialist community CAMHS (Tier 3 CAMHS) and highly specialist services such as inpatient services and very specialised outpatient services (Tier 4 CAMHS). However it is the public mental health prevention services conducted at primary care level, in schools, nurseries and social care institutions which are most likely to have the most far reaching benefits.

Bibliography

1. Kessler R. C., Amminger G. P., Aguilar-Gaxiola S. et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature // *Curr Opin Psychiatry*. 2007. 20, 359–64.
2. Kessler R. C., Berglund P., Demler O. et al. Life-time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch Gen Psych*, 2005. 62:593–602.
3. Jaffee S. R., Harrington H., Cohen P., Moffitt T. E. Cumulative prevalence of psychiatric disorder in youths // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005. 44(5):406–407.
4. Murray C., Vos T., Lozano R. et al. Disability adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systemic analysis for the Global Burden of disease study 2010 // *Lancet* 2012. 380:2917–223.
5. Insel T. R. Mental Disorders in Childhood: shifting the focus from behavioural symptoms to neurodevelopmental trajectories *JAMA*. 2014. 311:1727–8.
6. Kieling C., Baker-Henningham H., Belfer M. et al. Child and Adolescent Mental Health Worldwide: evidence for action // *Lancet*, 2011. 378:1515–25.
7. Collins P. Y., Patel V., Joestl S. S. et al. Grand Challenges in global mental health // *Nature*. 2011. 475:27–30.
8. Joint Commissioning Panel for Mental Health. 2013.—<http://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-publicmentalhealth-guide.pdf>
9. Green H., McGinnity A., Meltzer H. et al. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. London: Office of National Statistics. 2005.
10. Meltzer H., Harrington R., Goodman R. et al. Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves. A report of further analysis from the national survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain in 1999. ONS. 2001.
11. Fergusson D. M., Horwood L. J., Ridder E. M. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood // *Journal of Child Psychology*, 2005. 46:837–849.
12. Sainsbury Centre for Mental Health. The chance of a life time: preventing early conduct problems and reducing crime. London: SCM. 2009.
13. Knapp M., McDaid D., Parsonage M. (Eds.) Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case. Department of Health. 2011.
14. Beecham J., Baingana F., Bonin E. et al. School-based universal violence prevention programmes. PSSRU, London School of Economics and Political Science. 2010; Unpublished paper for the Department of Health, referenced in Joint Commissioning Panel for Mental Health. 2013.—<http://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-publicmentalhealth-guide.pdf>

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ С АУТИЗМОМ И ЕГО БЛИЗКИМ

**Никольская О. С., д. псих. н., профессор,
заведующая лабораторией ФГБНУ «ИКП РАО»,
профессор кафедры детской и семейной психотерапии
факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО МГППУ,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Аутизм рассматривается как искажение психического развития, обусловленное нарушением формирования аффективной сферы. Основой коррекционного подхода является установление эмоционального контакта и вовлечение ребенка в совместно-разделенное переживание, дающее ему большую выносливость в контактах, возможность осмысленно организовать впечатления, вступить во взаимодействие с близкими. Реализация подхода требует вовлечения в коррекционную работу близких ребенка. Проанализированы проблемы семьи ребенка с аутизмом, возможности ее психологической поддержки в процессе коррекционной работы.

Ключевые слова

Детский аутизм, искаженное психическое развитие, трудности семьи, воспитывающей ребенка с аутизмом, психологическая помощь ребенку с аутизмом и его семье.

PSYCHOLOGICAL TREATMENT: AUTISTIC CHILDREN AND THEIR FAMILIES

**Nikolskaya O. S., Psy. D., Professor, Head of Laboratory,
Institute of Special Education of Russian Academy of Education,
Professor of Child and Family Psychotherapy Department, Faculty of Counseling and
Clinical Psychology,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

Autism is regarded as a distortion of mental development caused by abnormalities in the formation of the affective sphere. The basis of the corrective approach is the establishment of emotional contact and involvement of the child in joint-shared experience that gives greater endurance in contacts, ability to meaningfully organise impressions and to interact with loved ones. Implementation of the approach requires involvement of the child's loved ones in the correctional work. The paper analyses the challenges of families that have children with autism and the possibilities of their psychological support within the corrective work.

Key words

Infantile autism, distorted mental development, challenges of families raising a child with autism, psychological assistance to a child with autism and to his family.

Детский аутизм, описанный в 1943 г. Л. Каннером как клинический синдром, в настоящее время рассматривается как особый тип нарушения психического развития и психолого-педагогическая коррекционная работа определяется большинством специалистов как основное средство помощи ребенку с аутизмом. Исходно аутизм представлялся достаточно редкой проблемой детства, однако с выделением широкого круга сходных по типу нарушений (расстройства аутистического спектра), а также с пониманием, что трудности могут сопровождать таких детей пожизненно, он обозначился как серьезная и распространенная соци-

альная проблема, затрагивающая не только людей с аутизмом, но и их близких.

Феномены трудностей психического и социального развития при аутизме хорошо описаны, при этом существующие теории различно акцентируют их значимость, дают разные прогнозы возможности преодоления, формируются разные подходы к психологической помощи. В целом, их можно разделить на две группы: стремящиеся приспособить особого ребенка к социальной жизни, помогая в выработке необходимых навыков и адаптируя саму среду к его ограниченным возможностям и направленные на поиск

средств нормализации психического и социального развития.

Представляемая здесь группа исследователей¹, разрабатывает второе направление. Специфические трудности аутичного ребенка анализируются в контексте процесса искаженного психического развития². Характерные проявления сложившегося аутизма — трудности эмоционального контакта и адаптации к меняющимся условиям рассматриваются в связи с актуальными уже в самом раннем возрасте проблемами психической выносливости ребенка в контакте с миром. С одной стороны, они проявляются в низком пороге дискомфорта в восприятии сенсорных и эмоциональных впечатлений, оценке степени их новизны, с другой — в нарушении способности активной переработки, организации и реорганизации информации и программ действия.

Проблемы выносливости сказываются прежде всего на формировании аффективно-волевой сферы ребенка. В решении основных адаптивных задач вынуждено превалируют установки не на развитие, а на ограничение контактов с миром; значимо не достижение реальных целей, а их замещение компенсаторными впечатлениями, получаемыми с помощью стереотипной аутистимуляции. Развитие психических функций, не просто затрудняется, оно блокируется защитными и искажается компенсаторными установками, поэтому именно в области стереотипных занятий и увлечений таких детей обнаруживаются островки одаренности.

В связи с этим, представляется, что психологическая помощь при уже сложившемся или только формирующемся аутизме должна направляться, в первую очередь, на разблокирование возможностей эмоционального, социального, когнитивного развития ребенка, т. е. на нормализацию развития его аффективной сферы. Такие возможности открываются при оказании ребенку специальной помощи в формировании первичной эмоциональной общности с близким взрослым, которая в силу биологических особенностей не сложилась естественным путем в раннем возрасте.

Теоретической основой психологической помощи ребенку с аутизмом, который мы обозначили как *эмоционально-смысловой подход* является традиционное для отечественной психологии понимание, что изначально возникающая психическая общность младенца и близкого взрослого «пра-мы» является исходным пунктом и источником нормального развития любого ребенка, в том числе и аутичного. В младенчестве малая выносливость такого ребенка в эмоциональном контакте затрудняет формирование его психической общности с близким взрослым, но потребность в эмоциональном контакте у детей с аутизмом существует, она сохраняется и в более старшем возрасте. Наш многолетний опыт работы показывает, что при понимании специфики нарушения психического

развития при аутизме, задача его установления достаточно надежно решается специалистом.

Установление эмоционального контакта позволяет, тонизируя, повысить выносливость детей, и оказать им помощь в развитии активных и осмысленных взаимоотношений с окружением. Основным средством оказания такой помощи является вовлечение взрослым ребенка в процесс *совместно-разделенного переживания*³. В совместно-разделенном эмоциональном проживании происходящего актуализируется, положительно осмысливается и организуется повседневный жизненный опыт ребенка. Совместное накопление такого опыта, его подробная детализация, постепенное введение положительно оцениваемых вариаций позволяют смягчать стереотипность и зависимость ребенка от аутистимуляции, усложнять взаимодействие и взаимоотношения с окружающими.

Наш опыт, также как опыт подхода С. Гринспена, показывает, что в развивающемся эмоциональном взаимодействии ребенок может стать более творческим и спонтанным в освоении и применении навыков, начать развивать и использовать речь для коммуникации, проявить способность понимать других людей и сопереживать им, развить символическую игру, понимание юмора. То есть он может стать более способным в областях, трудности в которых представляются многим специалистам жестко связанными с детским аутизмом. Понятно, однако, что для этого требуется длительная каждодневная работа не только специалистов, но и близких ребенка, успех ее во многом зависит от их взаимопонимания и взаимодействия.

Достижение и поддержание взаимопонимания специалистов и семьи является важнейшей частью психологической помощи ребенку с аутизмом. Взаимодействие не может исчерпываться регулярными рекомендациями по домашнему воспитанию ребенка. Близкие, как и специалисты, должны стать для ребенка эмоциональными донорами, в то время как сами нуждаются в психологической поддержке. В работе с аутичным ребенком необходимо учитывать, что и семья его находится в особом положении и уязвимостью выделяется даже на фоне семей, имеющих детей с другими тяжелыми нарушениями развития.

Окружающие мало знакомы с проблемой детского аутизма, и родителям трудно отвести от себя упреки в «невоспитанности», неконтактности, отчаянных капризах, необъяснимых прихотях внешне вполне благополучного ребенка. Не складывается круг общения с другими родителями на детской площадке, людей в транспорте и в магазине настораживает неадекватность, возможная конфликтность ребенка и, самое главное, неспособность матери справиться с ситуацией. При осуждении посторонних, родители аутичного ребенка могут быть лишены и поддержки близких. В старшем поколении семьи, может долго считаться, что ребенок плохо воспитан, потому что родители

¹Исследования, начаты в 1978 г. под руководством В. В. и К. С. Лебединских, ведутся совместно с Е. Р. Баенской, М. М. Либлинга в ИКП РАО, лаборатория содержания и методов обучения детей с эмоциональными нарушениями.

²Термин введен В. В. Лебединским в 1985 г.

³Термин дополняет ряд понятий: «совместно разделенное внимание», «совместно разделенное действие» и является основой формирования обозначаемых ими феноменов на ранних этапах психического онтогенеза, введен Е. Р. Баенской в 2008 г.

не уделяют ему должного внимания. Прямым следствием непонимания окружающих обычно становится «аутизация» самих родителей, прежде всего, матерей. Они начинают избегать контактов даже с близкими людьми, ограничивать выходы в общественные места, стремятся обойти игровые площадки, где гуляют другие дети, сужается круг общения с родственниками и друзьями. Все это не только вредит ребенку, поддерживая его собственную установку на неизменность условий жизни, но и лишает его родителей возможных эмоциональных ресурсов, замыкает на переживании собственных проблем.

Частная жизнь семьи ребенка с аутизмом, тоже выстраивается физически тяжело и эмоционально напряженно, особенно в период его дошкольного возраста. Помимо дополнительных трудностей и забот, лежащих на домашних каждого ребенка с проблемами развития близких детей с аутизмом, часто изнуряет и опустошает бессмысленная монотонность жизни, обусловленная необходимостью соблюдения жестких формальных правил, задаваемых ребенком. Это необходимость поддержания постоянства в окружении и порядка происходящего, отступление от которых немедленно карается аффективным срывом ребенка. Угнетает близких механистичность его собственных стереотипных занятий.

Полностью посвящая себя ребенку матери детей с аутизмом часто считают, что плохо справляются со своей материнской ролью. Они не получают опыта владения эмоциональным состоянием ребенка, уверенности в своей способности в любой ситуации успокоить и организовать его. Малыш вообще может долго не выделять маму среди других людей и не давать ей непосредственной радости общения, обычной и привычной для всякой другой матери и покрывающей тяготы, усталость, связанную с ежедневными заботами

и тревогами. Поэтому понятны частые самообвинения мамы, проявления у нее эмоционального истощения.

Отцы чаще избегают ежедневного бытового стресса, но обеспокоены тяжестью переживаний жены и не чувствуют способности помочь им. Стремление поддержать и успокоить жену часто воспринимается ею превратно, вызывает раздражение, ощущение, что муж просто не хочет видеть тяжести происходящего. Отцы и сами чувствуют себя заброшенными и отстраненными, поскольку заботы о ребенке надолго полностью оккупируют внимание матери, им остаются лишь обязанности финансового обеспечения ухода за трудным ребенком, которые обещают быть долговременными. Достаточно часто они оставляют семью, в этой ситуации положение матери и ребенка становится просто катастрофическим.

В особой ситуации растут братья и сестры таких детей, родители часто вынуждены жертвовать их интересами, изначально предназначая им в будущем судьбу опекуна неспособного к самостоятельной жизни брата или сестры. Взрослея, они могут посчитать, что родители их любят меньше. Иногда, разделяя заботы семьи, они слишком рано взрослеют, а иногда переходят в оппозицию, формируя особые защитные личностные установки, и тогда их отчужденность становится дополнительной болью родителей.

Психологическая поддержка семьи может естественно реализовываться в процессе работы с ребенком. Психологическая диагностика, коррекционные занятия, консультации по домашнему воспитанию и обучению ребенка, могут одновременно решать задачи эмоциональной поддержки родителей, помощи им во взаимопонимании и понимании ребенка. Достижение близкими эмоционального контакта с ребенком делает для них осмысленной и благодарной сложную работу его домашнего воспитания.

Библиографический список

1. *Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Тервинф, 1997. 285 с.
2. *Баенская Е. Р.* Разделенное переживание путь терапии детского аутизма [электронный ресурс] // Альманах ИКП РАО, 2014. № 20. — <http://alldf.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoe-perezhivanie-put-terapii-detskog>
3. *Гринспен С., Уидер С.* На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Тервинф, 2013. 512 с.
4. *Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. и др.* Дети с нарушением общения. М.: Просвещение, 1989. 95 с.
5. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1985. 167 с.
6. *Никольская О. С.* Структура нарушений психического развития при аутизме [электронный ресурс] // Альманах ИКП РАО, 2014. № 18. — <http://alldf.ru/ru/articles/almanah-18/structura-narusheniya-psiicheskogo-razvitija-pri>
7. *Никольская О. С., Баенская Е. Р.* Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: Содержание подхода // Ж. Дефектология, 2014. № 4. С. 23–33.
8. *Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Проблемы семьи, воспитывающей ребенка с аутизмом // Детская и подростковая психиатрия / под ред. Е. В. Филипповой. М.: Юрайт, 2016. С. 375–387.

РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА СРЕДСТВАМИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПЛАВАНИЯ В ПРОГРАММЕ «НА ГРЕБНЕ ТВОРЧЕСКОЙ ВОЛНЫ»

Никулова Е. А., к. псих. н.,
Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи
и туризма (ГЦОЛИФК)
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлен анализ авторской программы «На гребне творческой волны» развития психологически здоровой личности младшего школьника средствами оздоровительного плавания.

Ключевые слова

Младший школьник, творчество, плавание.

DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGICALLY HEALTHY PERSONALITY OF YOUNGER SCHOOL AGE BY MEANS OF WELLNESS SWIMMING IN THE PROGRAMME “ON THE CREST OF CREATIVE WAVE”

Nikulova E. A., PhD (Psychology), Associate Professor,
Russian State University of Physical Education, Sport, Youth and Tourism (SCOLIPE),
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article presents the analysis of the author's program “On the Crest of the Creative Wave” aimed at the development of a psychologically healthy child in primary school by engaging into a therapeutic swimming group.

Key words

Primary school age, creativity, swimming.

В современном обществе востребован здоровый, творческий, социально адаптированный человек. Необходимо формировать «здоровые» общественные стереотипы, например, моду на здоровье [1].

В связи с этим нам представляется особенно важной проблема поиска новых возможностей для творческого развития детей младшего школьного возраста. Такие возможности, как мы предполагаем, заключаются в сохранении и укреплении психологического здоровья, активизации творческих возможностей детей через психологическое сопровождение этого процесса. По утверждению А. Маслоу, творчество и психологическое здоровье не отделимы. По-настоящему творческим является психологически здоровый человек.

Формированию у младших школьников осознанного отношения к учебной деятельности и к своему здоровью, активизации их творческих возможностей, как показано в исследованиях А. А. Головкиной, Г. А. Каданцевой, Б. Б. Коссова, О. А. Семкиной, И. В. Стародубцевой, способствует сочетание двигательной, интеллектуальной и коммуникативной активности детей.

Результаты многих исследований уже показали, что двигательная активность непосредственно связана

с развитием познавательных процессов: творческого мышления [3] и критического мышления у детей [3, с. 4], восприятия, воображения. Например, по данным современных исследований феномен восприятия может быть объяснен только во взаимосвязи с активным действием. Эта проблема актуальна и разрабатывается рядом исследователей: одни из них говорят о взаимосвязи между перемещением в пространстве и мышлением. Другие делают акцент на то, что движения дают младшим школьникам кинестетическую обратную связь, т. е. дети получают удовольствие в процессе выполнения движений и после него [3].

На занятиях оздоровительным плаванием широко используется оздоровительный потенциал эмоционально-тактильного контакта с тренером, другими детьми, с самим собой. «Энергичная сила» образов и движений, которая высвобождается при этом, расширяет резервные возможности организма ребенка. По мере развития этого процесса дети творчески овладевают необходимыми навыками само- и взаимопомощи, а затем в доступных пределах начинают самостоятельно, без помощи взрослого корректировать собственное психосоматическое состояние. У детей возникает осмысленное переживание ценности здоро-

вого тела и здорового духа (своего и чужого), доброе и уважительное отношение к ним.

В русле этого направления в последнее время разработана и реализуется программа творческого развития личности в физкультурно-оздоровительной сфере в университетах Греции и Великобритании. Обобщая рассмотренный выше материал, мы выделяем для нашего исследования следующие основные принципы и задачи построения программы психологического сопровождения и формирующей работы с младшими школьниками по их творческому развитию и формированию психологического здоровья.

1. Построение программы и осуществление всей работы с младшими школьниками на принципах психологического и физического здоровья — обеспечение свободы, ответственности, осмысленности, духовно-нравственной и социальной ценности каждого человека.
2. Построение программы и работы в ней на принципах лично и духовно ориентированного диалогического общения, разработанных в гуманистической педагогике и психологии: безоценочность, принятие, поддержка, обеспечение психологической безопасности и личностного роста.
3. Обеспечение условий эмоционально-личностного творческого самовыражения каждого участника программы в процессе занятий оздоровительным плаванием через создание вариативной, жестко не регламентированной и не структурированной системы учебно-воспитательной работы.
4. Ориентация программы на творческое развитие личности ребенка во взаимосвязи с развитием и укреплением психологического и нравственно-духовного здоровья младших школьников.
5. Всесторонняя поддержка творческой инициативы и активности детей с использованием ресурсов семьи, педагогического коллектива тренеров и воспитателей, активизация потенциалов самих учащихся.
6. Обеспечение программы кадрами творческих педагогов-тренеров с использованием в работе их собственных авторских творческих разработок.

Эти положения составили основу разработки авторской программы по диагностике и развитию креативности и укреплению психологического здоровья младших школьников на занятиях в плавательном бассейне «На гребне творческой волны».

Данная программа нацелена на то, чтобы всю психолого-педагогическую работу с младшими школьниками сориентировать на личностный рост школьника; сориентировать педагогов-тренеров на диалогическое общение со своими учениками; существенно ускорить и оптимизировать процесс творческого развития и укрепления психологического здоровья младших школьников.

В процессе работы над программой мы ставили задачи:

- повысить уровень творческих способностей и возможностей младшего школьника, приобщив его к

лучшим образцам духовно-нравственной и физической, здоровой жизни человечества;

- развить мотивацию к высшим потребностям человека в самореализации, самосовершенствовании, самоактуализации;
- способствовать осознанию младшими школьниками своей уникальности, творческой индивидуальности;
- сориентировать работу педагога и педагогическую коммуникацию на доброжелательность, принятие, доверие, признание уникальности и неповторимости личности каждого учащегося, его самоценности, наличия креативности и возможностей ее развития у каждого ребенка;
- способствовать созданию эмоционального контакта с учащимися;
- осуществлять общение на занятиях в группе оздоровительного плавания и на этих занятиях воспитывать в детях, закладывать в них стремление быть здоровыми не только физически, но и духовно, нравственно, психологически, быть гармонично развитой личностью;
- обеспечить выработку способностей к релаксации психологического тонуса, расширение и обогащение эмоциональной сферы, оптимизации адаптационных механизмов, развитие эстетических потребностей.

Программа построена с учетом основного содержания творческого развития в единстве с укреплением психологического здоровья на занятиях в группе оздоровительного плавания и призвана решать следующие конкретные задачи такой работы: развитие творческих способностей, укрепление физического и психологического здоровья, оздоровление организма в целом, мотивационная подготовка, развитие вербальных способностей, улучшение эмоционального фона настроения, снижение тревожности, повышение самооценки и адаптационных способностей.

Работа в рамках программы «На гребне творческой волны» проводилась по трем основным направлениям психологического сопровождения и формирующей деятельности с учащимися экспериментальной группы:

- 1) индивидуальная и групповая психолого-педагогическая работа с младшими школьниками, направленная на развитие их креативности и укрепление психологического здоровья;
- 2) организационная и методическая работа с тренерами, направленная на развитие их творческого настроения, овладение наилучшими методами личностного развития учащихся и укрепления их здоровья, технологиями создания благоприятной среды для этого развития в условиях бассейна;
- 3) организация взаимодействия с родителями младших школьников, направленного на ознакомление родителей с целями, задачами, принципами программы, овладение способами поддержки детей в их развитии и личностном росте, обеспечение творческой атмосферы в семье, укрепление мотивации.

вации детей для занятий в группе оздоровительно-го плавания.

Программа психологического сопровождения и подготовки «На гребне творческой волны» является одновременно психологической моделью развития позитивного самовосприятия и самопринятия ребенка на трех уровнях:

- *мотивационно-познавательный уровень*. Работа по творческому развитию младших школьников развивает у них потребность к самодиагностике, самоосознанию своего потенциала в самореализации, самоактуализации личности;
- *деятельностно-реконструктивный уровень*. Направлен на осознание возможности саморегуляции средствами воды, плавания, творческого самовыражения. Осознание возможности формиро-

вания своего позитивного эмоционального фона через оздоровительное плавание;

- *эмоционально-познавательный уровень*. Ориентирован на развитие личностной идентичности и формирование творческой индивидуальности. На этом этапе основной упор делается на закрепление новых поведенческих паттернов, отработку навыков самодиагностики и самоанализа готовности к творческой деятельности в общении, оригинальности, нестандартности в межличностном взаимодействии.

В программе решается задача активизации творческих возможностей личности в группе оздоровительного плавания. Это направление работы открывает новые возможности и перспективы личностного творческого развития.

Библиографический список

1. Плавание: информационно-аналитический обзор зарубежной литературы: Сборник информационно-аналитических материалов / Федеральное агентство по физической культуре и спорту; Всероссийский научно-исследовательский институт физической культуры и спорта. М., 2007.
2. Уваров Е. А., Родионов А. В., Беленов Д. Л. Двигательная активность в игровой форме для психического здоровья // Спортивный психолог. 2004. № 3. С. 33–36.
3. David M. Blanchette, Stephen P. Ramocki, John N. O'del, Michael S. Casey Aerobic Exercise and Creative Potential: Immediate and Residual Effects Creativity Research Journal, 2005. Vol. 17. No. 2, 3. P. 257–264.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В Г. ВЛАДИВОСТОКЕ ЗА 2013–2015 ГОДЫ

Очнева О. В., к. м. н., Андропова Н. В., к. м. н., доцент, Горохова А. В.,
Тихоокеанский государственный медицинский университет
Владивосток, Российская Федерация

Аннотация

Проанализированы статистические данные, характеризующие показатели общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами у детей и подростков в г. Владивостоке за 2013–2015 годы

Ключевые слова

Психические расстройства, статистические данные, первичная заболеваемость, общая заболеваемость, дети, подростки.

THE STATE OF MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE CITY OF VLADIVOSTOK FROM 2013 TO 2015

Ochneva O. V., PhD (Medicine),
Andropova N. V., PhD (Medicine), Associate Professor, Gorokhova A. V.,
Pacific State Medical University,
Vladivostok, Russian Federation

Abstract

The statistic data characterizing general and primary morbidity of mental disorders in children and adolescents in the city of Vladivostok from 2013 to 2015 are analyzed in this article.

Key words

Mental disorders, statistical data, primary morbidity, general morbidity, children, adolescents.

Данные официальной медицинской статистики последних десятилетий свидетельствуют о стойкой тенденции к росту психических расстройств среди всех возрастных групп населения, наиболее отчетливо прослеживающийся в детско-подростковой популяции. Так, по данным ВОЗ (2013), дети и подростки с различными нарушениями психического здоровья составляют примерно 20% от общей численности детско-подросткового населения; при этом в Европе эпидемиологические исследования дают оценку от 14 до 32% в зависимости от возраста и гендерной принадлежности [3]. В первую очередь обращает на себя внимание резкий рост числа непсихотических психических расстройств и психосоциальной дезадаптации у детей и подростков [1]. Остаются неразрешенными вопросы о распространенности разных форм психической патологии в этой возрастной группе [2], практически отсутствуют работы, посвященные данной проблеме в г. Владивостоке.

Цель исследования — выявление динамики заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также показателей инвалидности детей и подростков в г. Владивостоке за период 2013–2015 годы. Анализ проводился на основании данных официальной статистики с использованием форм № 19 «Сведения о детях — инвалидах» (утверждена Госкомстатом России 29.06.1999), № 36 «Сведения о контингентах психических больных» (Приказ Росстата от 30.06.2014 № 459) и № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения, кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ» (утверждена Госкомстатом России 29.06.1999).

В результате проведенного исследования было выявлено, что число больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, находящихся под диспансерным наблюдением за отчетный период, оставалось практически стабильным (2821 чел. — 2013 г., 2824 чел. — 2014 г., 2825 чел. — 2015 годы). При этом отмечался рост числа детей до 14 лет (на 7,9%) и выраженное снижение (на 30,1%) числа подростков (15–17 лет), состоящих на диспансерном наблюдении.

В группе подростков наибольший удельный вес занимают психические расстройства непсихотического характера (56,2–57,1%). Тенденция роста первичной заболеваемости обусловлена в первую очередь именно этой группой нарушений. Следующей по значимости в структуре заболеваемости является умственная отсталость (18,7–23,8%). Последним в диагностическом ряду находятся расстройства шизофренического спектра (2–4 случая в течение года).

Динамика общей заболеваемости среди подростков носит убывающий характер за счет снижения первичной заболеваемости (на 23,8% с 2013 по 2015 гг.), а также, вероятно, вследствие снятия подростков из диспансерных групп наблюдения и выздоровления.

В структуре общей заболеваемости количество подростков с психическими расстройствами непсихотического характера имеет стойкую тенденцию к снижению (на 33,1% за исследуемый период), а чис-

ло подростков с умственной отсталостью колеблется незначительно и имеет относительную стабильность. В отличие от первичной заболеваемости, доля умственной отсталости по отношению к психическим расстройствам значительно выше и составляет 0,55–0,65 (среднеквадратичное отклонение $\sigma = 0,04$). Для первичной заболеваемости этот показатель почти в 2 раза ниже и колеблется в более широких пределах (0,23–0,4; при этом $\sigma = 0,07$).

В отличие от подростков, у детей сохраняется тенденция к росту первичной заболеваемости. За исследуемый период она возросла на 6,5% и очевидно, обусловлена повышением числа обратившихся за консультативно-лечебной помощью. Возможно, данный факт можно объяснить тем, что с 2012 г. введена обязательная диспансеризация детей, начиная с 1 года жизни.

Психические расстройства непсихотического характера превалируют над остальными диагностическими группами аналогично подростковому возрасту, однако число этих заболеваний в 1,25–1,5 раза выше, чем у подростков. Противоположная тенденция характерна для заболеваний шизофренического спектра. Так, в подростковой популяции она выше в 2,8–3,8 раза, а по психозам и состояниям слабоумия — в 1,2–1,4 раза, чем у детей. Отсюда следует, что наибольшее внимание стоит уделить ранней диагностике и выявлению этих заболеваний в раннем детском возрасте.

При характеристике структуры общей заболеваемости у детей хотелось бы отметить незначительный, но стойкий рост во всех нозологических группах. Основу составляют психические расстройства непсихотического характера, которые за последние 3 года увеличились на 3,7%. Рост числа психозов и состояний слабоумия составил 4,9%. Наиболее значительное увеличение (на 13%) наблюдается по критерию умственной отсталости. По нашим наблюдениям, неуклонный рост общей заболеваемости обусловлен ростом первичной заболеваемости и количеством детей, получающих лечебно-консультативную помощь.

За исследуемый период число детей и подростков-инвалидов по психическому заболеванию возросло на 3%. Основной удельный вес в структуре причин инвалидности занимает умственная отсталость, последние 3 года этот показатель оставался стабильным, в среднем 37,5% от общего числа инвалидов, при стойкой динамике к существенному снижению числа впервые признанных инвалидами в текущем году (22 чел. — в 2013 г., 13 чел. — 2014 г., 10 чел. — в 2015 г.). Следующими идут хронические неорганические психозы, видна их ярко выраженная тенденция к росту: в течение последних 5 лет их число увеличилось на 25%. Как известно, в рассматриваемую диагностическую группу, согласно МКБ-10, входит «детский аутизм» (F84.0) и «атипичный аутизм» (F84.1). Рост числа выставленных диагнозов «детский» и «атипичный» аутизм практически во всех странах мира нуждается в специальном рассмотрении. Очевидно, это связано с изменениями диагностических критериев недостаточно валидизированной нозологии, способствующей ги-

перидиагностике данных расстройств [2]. Психические расстройства шизофренического спектра занимают 3-е место в структуре причин инвалидизации детей до 18 лет со снижением доли на 15% за избранный период наблюдения.

Таким образом, проведенный анализ выявил выраженную тенденцию к росту как первичной, так и общей заболеваемости психическими расстройствами в популяции детей и снижение аналогичных показателей

среди подростков г. Владивостока за период с 2013 по 2015 годы. При сравнении показателей заболеваемости различными формами психических расстройств у детей и подростков установлено, что в обеих возрастных группах первые ранговые места в порядке возрастания занимают психические расстройства непсихотического характера, умственная отсталость, психозы и состояния слабоумия, при существенном росте доли последней группы.

Библиографический список

1. Менделевич Б. Д. Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами детей в Российской Федерации // Журнал неврологии и психиатрии. 2010. № 7. С. 48–52.
2. Пронина Л. А. Эпидемиология психических расстройств у детей. — <http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm>
3. Сухотина Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 5. Вып. 2. С. 16–22.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ошевский Д. С., к. псих. н., доцент,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского»,
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Московский государственный психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены факторы риска противоправного поведения у подростков, страдающих психическими расстройствами. Приведен ряд перспективных направлений по оценке риска совершения правонарушений такими несовершеннолетними.

Ключевые слова

Несовершеннолетние правонарушители, психические расстройства, факторы риска, делинквентное поведение.

RISK FACTORS FOR DELINQUENT BEHAVIOUR AMONG JUVENILES WITH MENTAL DISORDERS

Oshevsky D. S., PhD (Psychology), Associate Professor,
The Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper presents a case study of risk factors for delinquent behaviour in juveniles with mental disorders and discusses potential areas of risk assessment of criminal offences among these youths.

Key words

Juvenile offenders, mental disorder, risk factor, delinquent behaviour.

Одной из актуальных тенденций при работе с несовершеннолетними правонарушителями является оценка факторов риска их криминального поведения. Ее

активно внедряют в профилактическую, коррекционную и реабилитационную деятельность служб, причем оцениваются, в основном, социальные факторы

неблагополучия подростка. Вместе с тем, анализ данных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, проведенных в ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, свидетельствует о том, что вследствие неверно и несвоевременно диагностированного психического расстройства, неточной оценки клинико-психологических факторов риска противоправного поведения и ресурсных сторон личности несовершеннолетнего, вероятность повторных, прежде всего, агрессивных, деликтов повышается даже у тех подростков, которые ранее привлекались к ответственности за неагрессивные правонарушения [5].

В нашей стране исследование факторов риска противоправного поведения у подростков — относительно новая тема, в то время как за рубежом ею занимаются не одно десятилетие. Начиная с конца 60-х годов XX века, большинство исследований концентрировалось на изучении внутренних (психобиологических) факторов риска. Среди них наибольшая роль отводилась наследственной отягощенности, ранним вредностям, ведущим к мозговым дисфункциям, нейрофизиологическим predisпозициям, психической патологии у самого подростка, низкому уровню интеллекта, так называемому трудному темпераменту и т. п. Однако в авторитетных лонгитюдных исследованиях было показано, что внутренние факторы следует рассматривать в контексте сопутствующих негативных социальных влияний [10]. Так, описана сложная связь между низким интеллектом, сочетающимся с импульсивностью, и риском нарушения закона. Указывается, что в таких случаях школьные проблемы возникают уже на ранних стадиях обучения и в дальнейшем усугубляются, приводя к выраженным поведенческим нарушениям, употреблению психоактивных веществ. Низкая успеваемость и проблемы в поведении с течением времени начинают влиять друг на друга. Это усиливает антисоциальное поведение в школе. Подростки с плохими академическими навыками, как правило, теряют интерес к школе и начинают поддерживать отношения с диссоциальными сверстниками. К индивидуальным факторам риска присоединяются негативные социальные влияния [1]. Все это в итоге приводит к нарушению закона. В середине 80-х годов XX века полюс исследований сместился в сторону внешних (социальных) факторов. Среди них выделяют: раннюю депривацию, семейное насилие, неадекватные родительские тактики воспитания, включенность в группы диссоциальных сверстников, неорганизованный досуг и т. п. Наряду с факторами риска было предложено учитывать так называемые «защитные» (протективные) факторы, т. е. условия, которые снижают риск криминального поведения и могут быть использованы при коррекции и реабилитации [8, 10].

Факторы риска и защиты было предложено подвергать стандартизированной оценке для прогнозирования противоправного поведения у несовершеннолетних. В нашей стране такие исследования были проведены на специфическом контингенте подростков-правонарушителей, страдающих психическими расстройствами и обвиняемых в агрессивных де-

ликтах. Среди наиболее весомых факторов риска агрессии и насилия, выступили, прежде всего, обстоятельства истории жизни несовершеннолетнего: жестокое обращение в детстве, ранний собственный опыт насилия и попытки совершения аутоагрессивных действий. Кроме того, у таких подростков обнаруживался явный дефицит протективных факторов, к которым относились наличие привязанностей и связей в ближайшем окружении, умение принимать социальную поддержку и т. п. [6].

На современном этапе отдельные инструменты оценки риска включены в структуру кейс-менеджмента — индивидуального процесса непрерывного комплексного многопрофильного сопровождения подростка-правонарушителя на всех этапах работы с ним (досудебном, судебном, реабилитационно-профилактическом). В нем объединяются оценка факторов риска, планирование и сопровождение. Примером методик оценки факторов риска противоправного поведения у несовершеннолетних, применяемых в кейс-менеджменте, является «Оценка риска и криминальных потребностей несовершеннолетних» (RNA), в более раннем варианте YLS/CMI [8]. Российский вариант аналогичной методики получил название «Оценка риска и возможностей» (ОРВ) [2, 3]. В Российской Федерации в рамках пилотных проектов была показана продуктивность такого подхода, поскольку он позволяет своевременно выявить подростков группы риска и организовать их сопровождение [2, 5]. Вместе с тем структурированные методы оценки факторов риска не свободны от недостатков. Учитывая высокую представленность среди подростков-правонарушителей лиц с психическими расстройствами [4], целесообразно включать в методики скрининговые оценочные шкалы, позволяющие выявлять подростков с клинически очерченными проблемами. В большинстве существующих инструментов, ориентированных на прогнозирование социальных рисков, такая возможность, к сожалению, отсутствует. Между тем за рубежом для предварительной оценки психического здоровья несовершеннолетних, склонных к нарушению закона, используется ряд профильных методик.

Одна из наиболее широко применяемых в США методик — Массачусетский юношеский скрининговый инструмент — Massachusetts Youth Screening Instrument, или MAYSI-2. Инструмент охватывает широкий спектр проблем психического здоровья несовершеннолетнего правонарушителя. Его использование позволяет принять срочные меры и направить подростка к специалисту, когда требуется непосредственная психиатрическая помощь, или отслеживать динамику психического состояния подростка в течение продолжительного времени [7]. Методика MAYSI-2 переведена на русский язык и используется в научных исследованиях.

Адаптация к российской практике подобных методик или разработка собственных инструментов, возможно, позволит преодолеть те проблемы, о которых говорилось выше, и более эффективно проводить работу с несовершеннолетними правонарушителями, страдающими психическими расстройствами.

Среди наиболее значимых проблем оценки факторов риска противоправного поведения несовершеннолетних с психическими расстройствами можно указать на слабость теоретического обоснования такого подхода. В связи с этим актуальной задачей является соотнесение положений данного направления с принципами и методологией отечественных исследований.

Библиографический список

1. Блекборн Р. Психология криминального поведения. СПб.: Питер, 2004. 495 с.
2. Воронова Е. Л., Дрейзен А. А., Дозорцева Е. Г. и др. «Оценка рисков и возможностей» (ОРВ). Метод структурированной оценки рисков совершения повторных правонарушений и возможностей реабилитации несовершеннолетнего. Практика применения. М.: РБФ НАН, 2010. 204 с.
3. Дозорцева Е. Г., Бадмаева В. Д., Ошевский Д. С., Александрова Н. А. Оценка риска противоправных действий у детей и подростков. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2011. 25 с.
4. Макушкин Е. В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием. М.: МИА, 2009. 240 с.
5. Ошевский Д. С., Дозорцева Е. Г. Перспективы использования структурированных методов оценки риска повторных деликтов при психологическом сопровождении несовершеннолетних правонарушителей с психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2014. № 7(98). С. 3–11.
6. Ошевский Д. С. Психическое развитие у подростков с психическими расстройствами, совершивших агрессивно-насиленные правонарушения (психологический аспект). Автореф. ... дисс. канд. психол. наук: 19.00.04. М.: Московский научно-исследовательский институт психиатрии, 2006. 23 с.
7. Grisso T., Grisso T., Barnum R. Massachusetts Youth Screening Instrument-2. User's manual and technical report. Florida: Professional Resource Press, 2006.
8. Hoge R. D. Advances in the Assessment and Treatment of Juvenile Offenders. Ottawa, 2009.
9. Kaufman J., Birmaher B., Brent D. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children—present and lifetime version (K-SADS-PL). Initial reliability and validity data // J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 1997. No. 36. P. 980–988.
10. Farrington D. Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis // Psychological Bulletin, 2012. Vol. 138. No. 2. P. 175–210.

АГРЕССИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ — ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Панкова О. Ф., доцент, к. м. н., Свинцова А. В., Агмашкина О. М.,
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н. И. Пирогова МЗ России,
Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Данное исследование посвящено изучению распространенности агрессии у детей и подростков с психическими расстройствами. Сплошным методом были изучены истории болезни 2434 пациентов, находившихся в стационаре НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой в 2014 г. Выкопировка данных из историй болезни выявили указания на агрессию у 661 (27,2%) пациентов. Приведены результаты анализа возможных факторов риска, нозологической и синдромальной коморбидности у данного контингента.

Ключевые слова

Агрессия у детей и подростков, типология, распространенность, возможные факторы риска.

AGGRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS— PATIENTS OF MENTAL HOSPITALS

Pankova O. F., Assistant Professor, PhD (Medicine), Svintsova A. V., Atmashkina O. M.,
Pirogov Russian National Research Medical University,
Sukhareva Scientific and Practical Centre for Child and Adolescent Mental Health,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper looks at the incidence of aggression among children and adolescents with mental disorders. The study covers case-records of 2434 patients of Sukhareva Scientific and Practical Centre for Child and Adolescent Mental Health in 2014. The case-records data revealed evidence for aggression in 661 patients (27.2%). The authors present the results of the analysis of possible risk factors and nosologic and syndrome comorbidity in this group.

Key words

Child and adolescent aggression, typology, incidence, possible risk factors.

Результаты исследований феномена агрессивности у детей и подростков в психиатрии показали, что от 50% до 70% подростков, совершивших агрессивные деликты, имеют психические нарушения [3, 4, 6, 7, 8]. В нашей стране данная проблема является особенно острой с учетом существенного прироста заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции — за 12 лет более чем на 25% [5].

По данным ряда авторов, появление агрессивного поведения до подросткового возраста (с 10 лет) обычно характеризуется более высоким риском криминального поведения во взрослом возрасте, по сравнению с появлением агрессивного поведения в подростковом возрасте [2]. Возникновение агрессивного поведения с риском дальнейшего персистирующего течения в возрасте старше 16 лет наблюдается редко [1].

Цель и задачи исследования — изучение сравнительно-возрастных и нозологических аспектов распространенности и характера агрессивных проявлений в клинике психических расстройств у детей и подростков — пациентов психиатрического стационара.

Материалы исследования. Сплошным методом были изучены истории болезни 2434 пациентов, поступивших в 2014 г. в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков

им. Г. Е. Сухаревой. Выкопировка и анализ данных из историй болезни выявили указания на агрессию у 661 (27,2%) пациентов.

Полученные результаты. Гендерное распределение изученного контингента: мальчики — 501 (75,8%), девочки — 160 (24,2%). По возрасту пациенты были разделены на четыре группы: 1) дошкольный возраст (до 7 лет), 2) младший школьный возраст (7–10 лет), 3) подростковый возраст (11–14 лет), 4) ранний юношеский возраст (15–18 лет). Наиболее многочисленными были третья и вторая группы — 269 (40,7%) и 202 (30,6%) пациентов соответственно. Во всех группах, кроме четвертой, мальчики составили подавляющее большинство (1-я — 80,9%; 2-я — 80,7%; 3-я — 75,5%). В самой старшей группе, состоящей из 101 пациента, гендерные различия были менее заметны — 62,7% — мальчики и 37,6% — девочки (рис. 1).

Что касается направленности агрессии, то во всех возрастных группах у мальчиков часто встречалась агрессия к близким, представленная в группах от 49,3% до 58,3%. У девочек с возрастом отмечалось постепенное ее нарастание: 41,2% — 43,6% — 63,3% — 71,1%. Еще чаще мальчики проявляли агрессию к детям, в том числе по отношению к сибсам — 70,8–81%. Подобный тип агрессии наиболее выражен в младшей группе (82,4% — 69,2% — 59,1% — 65,8%). В меньшей степени у мальчиков и девочек, отмечалась агрес-

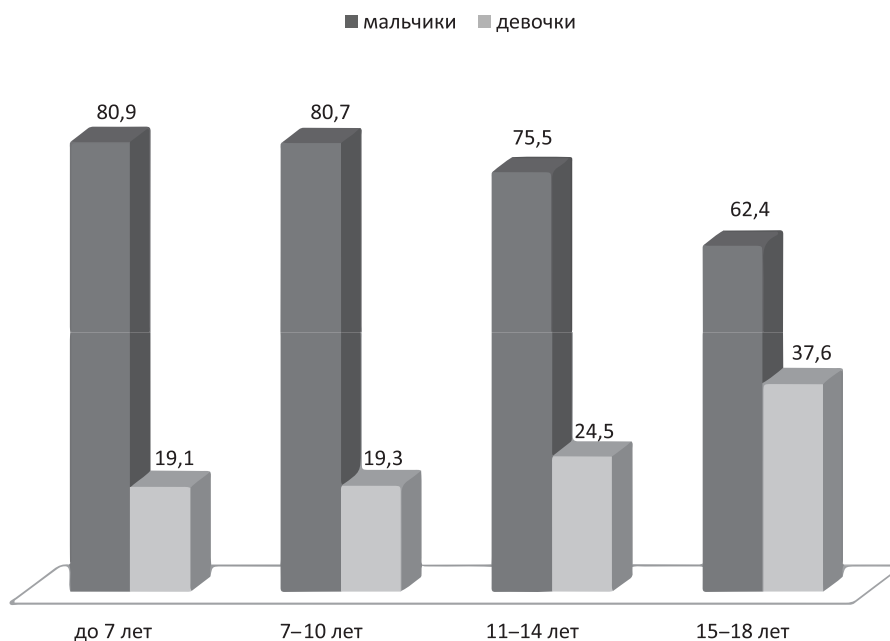


Рис. 1. Гендерное распределение агрессии в возрастных группах, %



Рис. 2. Нозологическая принадлежность пациентов с агрессией



Рис. 3. Частота агрессии в структуре отдельных синдромов, %

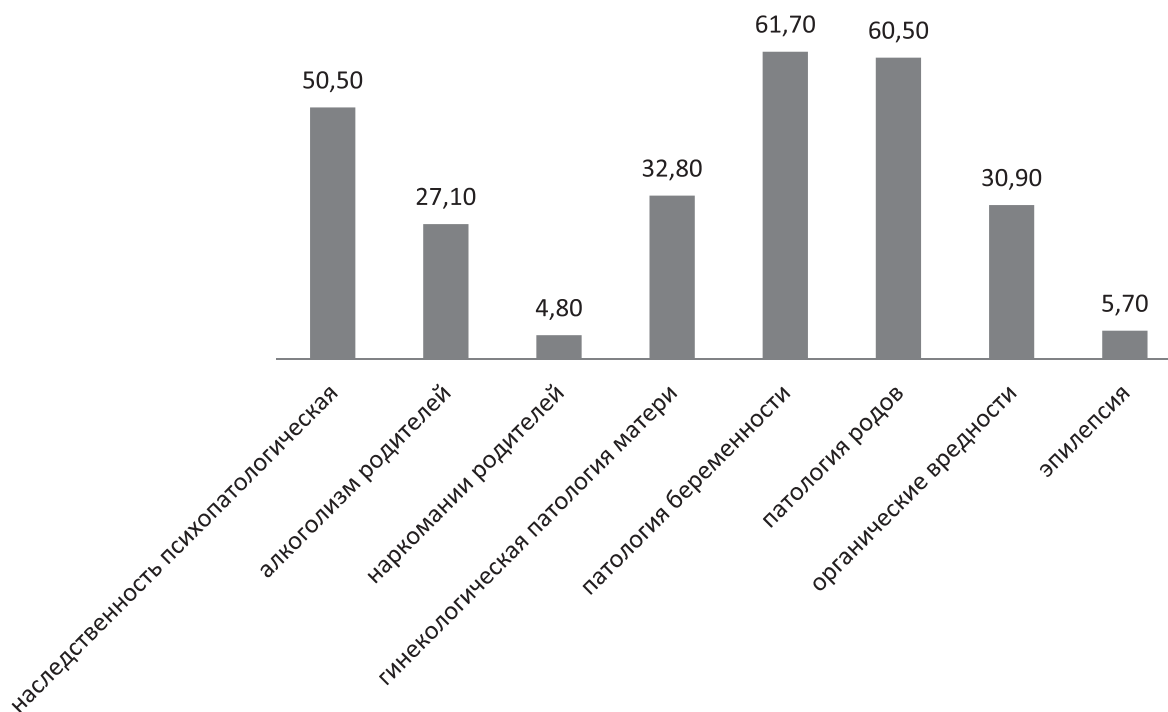


Рис. 4. Биологические факторы риска возникновения агрессии у детей и подростков, %

сия к посторонним взрослым — 15,3–27%. Ее рост наблюдался в самой старшей группе: у 33,3% мальчиков и 34,2% девочек. Агрессивные действия по отношению к животным отмечались достаточно редко. Максимальные показатели имели место во 2-й и 3-й группах — 12,3% и 12,8%. У девочек максимум отмечался во 2-й группе — 7,7%.

В старшей группе мальчики и девочки одинаково часто угрожали расправой, в том числе и убийством — 20,3% и 23,7%, пытались нанести увечья — 31,7% и 36,8%, применяли холодное оружие (ножи, заточки, стекло и др.) — 13,2% и 14,3%.

Разрушительные тенденции отмечались во всех возрастных группах с постепенным увеличением: от 13,9% у мальчиков младшей группы до 39,4% в третьей группе; у девочек соответственно — 11,8% в млад-

шей группе и 44,7% в старшей группе. Из других нарушений поведения девиантного спектра у детей и подростков с агрессией следует отметить воровство, уходы из дома и бродяжничество, злоупотребление алкоголем и ПАВ, дружбу с асоциальными компаниями.

Наряду с гетероагрессией, у пациентов имели место аутоагрессивные действия, в том числе суицидальное поведение. У девочек отмечалось постепенное нарастание с 11,8% в младшей группе до 68,4% в старшей группе. У мальчиков также прослеживались подобные тенденции: 29,2% в младшей группе и 44,4% в старшей группе. Гиперсексуальность была наиболее выражена у мальчиков и девочек 3-й группы — 16,3% и 28,8% соответственно.

По результатам изучения нозологической принадлежности психических расстройств, в структуре кото-

рых имела место агрессия, на первых позициях оказались: умственная отсталость (36,3%), органическая патология головного мозга (24,8%), расстройства шизофренического спектра (14,1%) и формирующаяся патология личности (F90–F98 по МКБ-10) — 12,4% (рис. 2).

Что же касается синдромов, то в качестве основного следует признать психопатоподобный синдром, отмеченный у 60,7% ($n = 401$) изученных пациентов. На 2-м и 3-м местах, соответственно, находятся психоорганический — 12,4% ($n = 82$) и депрессивный — 7,3% ($n = 48$) синдромы. Среди других синдромов, выявлявшихся гораздо реже, отмечались синдромы: неврозоподобный (5,7%), деменции (4,1%), патологическое фантазирование (2,1%) и шизофреноподобный (1,2%) (рис. 3). У пациентов младшей группы часто встречался гипердинамический синдром: 43,1% у мальчиков и 23,5% у девочек. В истории болезни 39 пациентов (5,9%) были указания на патологию влечений агрессивного-садистического типа, изучение которой является предметом нашей дальнейшей работы.

Анализ возможных факторов риска выявил целый ряд значимых показателей. Отягощенная психопатологическая наследственность отмечалась у 50,5% пациентов ($n = 334$), в том числе химические зависимости у родителей — алкогольная у 27,1% ($n = 179$) и наркотическая — 4,8% ($n = 32$). У 32,8% ($n = 217$) матерей пациентов отмечалась гинекологическая патология (лечение бесплодия, множественные аборт и выкидыши), патология беременности (угрозы прерывания, нефропатия, хроническая в/у гипоксия) — 61,7% ($n = 408$), патология родов (преждевременные, стремительные, оперативные) — 60,5% ($n = 400$). У

30,9% ($n = 204$) пациентов имели место дополнительные органические вредности (сотрясения мозга, общие наркозы, ЧМТ) и у 5,7% ($n = 38$) отмечалась эпилепсия (рис. 4).

Выводы.

1. Проведенное исследование, выявившее широкую распространенность агрессии в структуре психической патологии у детей и подростков на разных возрастных этапах, подтверждает актуальность дальнейшего углубленного изучения данной проблемы.
2. Требуется проспективное исследование с использованием клиничко-психопатологического и экспериментально-психологического методов, направленное на раннее выявление агрессивного-садистических проявлений и разработку принципов терапии и психокоррекции больных с целью профилактики антисоциального (делинквентного) поведения.
3. Необходимо расширение диагностических возможностей выявления специфических психических расстройств у детей и подростков с нарушениями влечений агрессивного-садистического типа в рамках отдельных форм патологии (эндогенной, органической, патохарактерологической).
4. Имеющиеся у детей и подростков нарушения влечений агрессивного-садистического спектра, способные приводить к диссоциальным расстройствам и последующему криминальному поведению, требуют разработки полипрофессиональной системы медико-психологической реабилитации, включающей режимно-организационные мероприятия и психолого-педагогическую коррекцию.

Библиографический список

1. *Вострокнутов Н. В., Василевский В. Г.* Патологическое агрессивное поведение детей и подростков. Комплексная оценка на этапах возрастного психического развития // Российский психиатрический журнал, 2000. № 2. С. 12–19.
2. *Говорин Н. В., Бодагова Е. А., Арсланова С. С.* Некоторые клиничко-психопатологические и социально-психологические аспекты подростковой криминальной агрессии // Российский психиатрический журнал, 2014. № 5. С. 68–72.
3. *Гурьева В. А., Макушкин Е. В.* Принципы судебно-психиатрической диагностики в подростковом возрасте // Функциональный диагноз в судебной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. М. РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2001. С. 119–147.
4. *Макушкин Е. В.* Агрессивное криминальное поведение детей и подростков с нарушенным развитием. Медицинская литература от издательства: Медицинское информационное агентство (МИА), 2009. 240 с.
5. *Макушкин Е. В., Демчева Н. К., Творогова Н. А.* Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991–2012 гг. (эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Детская неврология и психиатрия. 2014. 12 с.
6. *Blair R. J. R.* Neuro-cognitive models of aggression, the Antisocial Personality Disorders and Psychopathy // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 2001. 71. P. 727–731.
7. *Crisso T., Steinberg L., Woolard J. et al.* Juveniles' competence to stand trial: a comparison of adolescent's and adults' capacities as trial defendants // Low and Human Behavior, 2003, 27(4). P. 333–363.
8. *Fite P. J., Stoppelbein L., Greening L., Gaertner A. E.* Further evaluation of the forms and functions of aggression measure // Child Psychiatry and Human Development, 2009, 40. P. 367–382.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИНИМАЮЩИХ СЕМЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Печникова Л. С., к. псих. н., доцент, Жуйкова Е. Б., соискатель,
МГУ имени М. В. Ломоносова, факультет психологии,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Проанализирована проблема оказания в детской психиатрической клинике психотерапевтической помощи семьям, воспитывающим приемного ребенка. Рассмотрены организационные аспекты консультирования принимающих семей в психиатрической клинике, а также специфика хода психокоррекционной работы. Выделены параметры, позволяющие оценить в условиях госпитализации динамику психотерапевтического процесса, сформулированы основные интервенции, отражающие содержание работы семейного психотерапевта.

Ключевые слова

Семейная психотерапия, принимающая семья, приемный ребенок, психокоррекция, детско-родительское консультирование.

PSYCHOLOGICAL COUNSELLING OF FOSTER FAMILIES IN CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL

Pechnikova L. S., PhD, Associate Professor, Zhuykova E. B., Post-graduate Student,
Lomonosov Moscow State University, Faculty of Psychology,
Clinical Psychology Department,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article deals with the issues of psychological guidance of families with adopted children in psychiatric hospitals. Different organizational aspects of counselling and particularities of the psychotherapy course are described. The parameters for the assessment of dynamics of psychotherapeutic changes, as well as main intervention types are highlighted.

Key words

Family psychotherapy, foster family, adopted child, psychological correction, parent-child counselling.

Развитие семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, процессы деинституализации привели к росту внимания к проблемам семей, воспитывающих приемных детей, со стороны помогающих специалистов. Одной из актуальных практических задач является помощь принимающим семьям, оказавшимся в кризисной ситуации, связанной с острыми детско-родительскими конфликтами, сложностями адаптации ребенка в семье, обострением поведенческой симптоматики детей с наступлением пубертатного возраста. Кризисы в принимающей семье связаны с риском вторичных отказов, из 18 семей, консультированных нами в остром отделении психиатрической больницы, 15 — озвучивали желание расторгнуть усыновление (опеку, патронатный договор). Необходимо отметить, что 1 ребенок имел диагноз шизотипическое расстройство (F21), остальные — не имели тяжелой психической патологии и получили диагнозы расстройства адаптации, реакция на тяжелый стресс (F43), расстройства поведения (F91), в том числе, ограниченные рамками семьи, а также эмоциональные расстройства (F93). В связи с этим, стало актуальным выделение ряда принципов, основных на-

правлений психокоррекционной работы с такими семьями. При анализе хода психокоррекционных занятий с 18 принимающими семьями в остром отделении для девочек-подростков были выявлены следующие организационные аспекты, значимые для хода консультирования: (1) сам факт назначения семейной психокоррекционной работы, в случаях, если семьей рассматривается решение о вторичном отказе от ребенка, вызывает сопротивление у семьи, выражающееся в отказе от семейной формы работы, активном или пассивном «саботаже» в ходе консультирования; (2) многие принимающие семьи сохраняют тайну принятия ребенка, или обсуждение факта «приёмности» является неодобряемым в семье; в связи с этим, важно получить предварительное согласие семьи на обсуждение этой темы в ходе психокоррекционной работы; (3) различия в юридических формах семейного устройства предполагает разную степень включенности специалистов в жизнь семьи, иногда — временность нахождения ребенка в семье, некоторые формы подразумевают материальное вознаграждение родителям; прояснение юридических тонкостей влияет на понимание структуры семьи, позволяет определить ее

состав на консультации, в зависимости от значимости фигур, не входящих в ее нынешний состав (специалисты, предыдущие приемные родители, кровные родственники, приемные родители кровных сиблингов); (4) приемный подросток априори находится близко к внешней границе семьи, нередко госпитализация позволяет временно исключить его из ее состава; на этапе организации консультирования важно договориться с семьей о сохранении его статуса как члена семьи на период психокоррекционной работы, о минимальном подтверждении этого статуса (посещении ребенка приемными родственниками в родительских дни, соблюдении договоренностей по продолжению семейных занятий).

В ходе консультативной работы с принимающими семьями важно обращать внимание на следующие особенности хода психокоррекционного процесса:

1. Сложность перехода с индивидуального фокуса работы на системный. Формулировка гипотез в системном ключе требует ясной связи с наблюдаемой симптоматикой, необходимо прояснять семье, что гипотезы и интервенции, связанные с семейными взаимоотношениями не исключают значимость индивидуального уровня анализа возникновения проблем.
2. Влияние мотивации к принятию ребенка на развитие кризиса в детско-родительских отношениях. Разочарование, в связи с нереализованными ожиданиями от присутствия приемного ребенка в семье, нередко требует работы с родителями, направленной на поиск новых смыслов для его воспитания, работы с чувствами горя и потери, а также развития общесистемной гибкости.
3. Влияние отношения взрослых к кровной семье ребенка на развитие кризиса в детско-родительских отношениях. Циркулярная последовательность, включающая симптоматическое поведение,

нередко приводит к специфическому обсуждению темы «приёмности» в семье, что может быть своеобразной вторичной выгодой симптомов (констатация общности ребенка с кровной семьей, подтверждение преимущества принимающей семьи перед кровной, озвучивание непроговариваемых сомнений в том, что ребенок должен остаться в семье и т. д.). В ходе консультирования требуется выведение этих значимых процессов за пределы симптоматического поведения и их легализация.

В связи с тем, что оценка снижения выраженности симптоматического поведения в результате психологической работы затруднена из-за исключенности на время госпитализации ребенка из семейной системы, под позитивной динамикой в развитии семьи нами подразумевается: (а) формирование сотрудничающей позиции родителей по отношению к специалистам; (б) принятие родителями стабильного на период психокоррекции решения о нахождении ребенка в семье, обозначение границ и условий решения; (в) готовность всех членов семьи напрямую обсуждать тему нахождения ребенка в семье; (г) уход от обвинений в адрес ребенка, признание совместной ответственности за кризис; (д) расширение социального поля семьи в поисках помощи при совладании с кризисом, формирование планов на его преодоление после выписки из больницы; (е) признание факта «приёмности», готовность говорить о специфике взаимоотношений с приемным ребенком, его истории, кровной семье. Позитивная динамика такого рода наблюдалась в 13 семьях из 18 консультированных. В связи со значимостью создания развернутых программ оказания психологической помощи принимающим семьям, мы считаем важным продолжение исследований данной темы, в том числе и в условиях детской психиатрической клиники.

Библиографический список

1. Бебчук М. А., Жуйкова Е. Б. Системный подход к психологии семьи. М.: Мир Семьи, 2009. 105 с.
2. Бриш К. Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. М.: Когито-Центр, 2012. 316 с.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. М.: Триада-Х, 2008. 405 с.
4. Жуйкова Е. Б., Печникова Л. С. Психологические аспекты внутрисемейной мотивации усыновления, XI Мнухинские чтения. «Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов в мультидисциплинарной команде» // Международная научная конференция, посвященная памяти С. С. Мнухина. СПб., 2013. С. 168–172.
5. Kirk D. Shared Fate: A Theory of Adoption and Mental Health. New York: The Free Press of Glencoe, 1964.
6. The Psychology of Adoption (edited by D. Brodzinsky, M. Schechter). NY Oxford: Oxford University press, 1990.

СОЦИАЛЬНАЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ИНКЛЮЗИЯ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ: ПОДХОД НАУЧНОЙ ШКОЛЫ Л. С. ВЫГОТСКОГО

Рубцов В. В., д. псих. н., профессор,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Московский государственный психолого-педагогический
университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены проблемы социальной и образовательной инклюзии детей с особыми образовательными потребностями в контексте идей научной школы Л. С. Выготского. Проанализированы основные положения этой научной школы — «изменение социальной ситуации» и «развитие деятельности человека», а также система основных понятий «зона ближайшего развития», «орудие и знак». Продемонстрирована работа этих понятий в условиях включения людей с особыми нуждами в совместную деятельность, эффективную для развития высших психических функций (речь, внимание, воля). Рассмотрена роль медиасистем как знаковых систем, опосредствующих развитие рефлексивно-коммуникативных процессов деятельности.

Ключевые слова

Социальная ситуация развития, развитие деятельности, социальная и образовательная инклюзия, развитие высших психических функций, рефлексивно коммуникативные процессы.

SOCIAL AND EDUCATIONAL INCLUSION OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS: APPROACH OF L. S. VYGOTSKY SCHOOL

Rubtsov V. V., PhD, PSy. D., Professor,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper focuses on the issues of social and educational inclusion of children with special educational needs in the context of L. S. Vygotsky School. The essential ideas of its theoretical framework, such as “changing the social situation of development” and “development of human activity”, as well as the system of its key concepts such as “the zone of proximal development” and “tool vs sign” are discussed. Application of these concepts is demonstrated in the situation of including children with special needs in joint activity which is efficient for the development of higher mental functions (speech, attention, will, etc.). The paper also studies the role of media-systems as systems of signs that mediate the development of reflective and communicative processes of activity.

Key words

Social situation of development, development of activity, social and educational inclusion, development of higher mental functions, reflective and communicative processes.

Общие основания в решении проблемы социальной и образовательной инклюзии мы связываем с подходом Л. С. Выготского. Система введенных им и последователями его научной школы понятий и определений имеет прямое отношение для ответа на вопрос: Что нужно сделать, чтобы включить ребёнка с особыми потребностями в ситуацию, благоприятную для его обучения и развития? Почему общность, в которую мы включаем таких детей, является комфортной для самого ребёнка? Коротко остановлюсь на основных положениях подхода Л. С. Выготского.

Первое положение, которое имеет прямое отношение к нашей проблеме, можно в общем виде сформулировать так: основой психического развития человека выступает качественное **изменение социальной ситуации** или, говоря терминами А. Н. Леонтьева, **развитие деятельности человека**. Л. С. Выготский ввёл в этой связи два ключевых понятия, которые важно учитывать при решении вопросов социальной и образовательной инклюзии: «социальная ситуация развития» и «зона ближайшего развития».

Напомню, что в культурно-исторической теории Л. С. Выготского социальная ситуация рассматривается как источник развития. По Л. С. Выготскому «всякая функция в культурном развитии ребенка по-является дважды, в двух планах, сперва социальном, потом — психологическом, сперва между людьми как категория интрапсихическая, затем внутри ребенка как категория интрапсихическая» (Л. С. Выготский, 1983, т. 3, с. 145). Социальные отношения выступают как генетически социальные, причем в своей исходной форме всякая функция разделена между участниками. «За всеми высшими функциями и их отношениями стоят генетически социальные отношения, реальные отношения, *homo duplex* (человек двойной — лат.). Отсюда принцип и метод персонификации в исследовании культурного развития, то есть разделение функций между людьми, персонификации функций. Например, произвольное внимание: один овладевает, другой владеет. Разделение снова того, что слито в одном (сравни современный труд)» (Л. С. Выготский, 1986, с. 54 — в публикации А. А. Пузырей).

Социальные взаимодействия определяют механизм разделения функций, с одной стороны, и способ их овладения с другой. Так, например, управляемые социальные взаимодействия, которые первоначально служат в качестве инструментов для социальной реализации процессов мышления и коммуникации начинают позднее выполнять роль когнитивной функции саморегуляции и умственного представления той или иной информации. Эти взаимодействия активизируют еще неразвитые когнитивные функции, что позволяет учащемуся действовать на более высоком когнитивном уровне. Различие между тем, что обучаемый может делать самостоятельно (актуальный уровень развития) и тем, что он может при соответствующем руководстве, называется «зоной ближайшего развития». Причем, согласно Л. С. Выготскому, обучение только тогда успешно, когда идет впереди развития, когда пробуждает и поднимает к жизни те функции, которые находятся в процессе созревания или в зоне ближайшего развития. Именно таким способом образование, с его точки зрения, играет исключительно важную роль в развитии.

Второе положение, которое важно понимать в связи с обсуждаемой нами темой, можно сформулировать так: исходной формой развития деятельности является развернутое её выполнение человеком во внешнем или социальном, или коллективном плане. Это означает, что источником развития человека является коллективная (совместная) или социальная деятельность, выполняемая коллективным субъектом в культурной среде.

Третье положение, которое мы рассматриваем в качестве ключевого основания для решения проблем социальной и образовательной инклюзии может быть сформулировано так: Существенную роль в процессе развития играют различные знаковые и символические системы. При этом Л. С. Выготский различал «орудие» и «знак». Между знаком в его инструментальной функции и орудием есть существенные различия. Основное отличие знака от орудия согласно Л. С. Выготскому, состоит в том, что если орудие в соответствии с его классической гегелевской формулой помещается между человеком-субъектом операции и внешним преобразующимся объектом, опосредствуя воздействие человека на предмет деятельности, то знак опосредствует всегда отношение одного человека к другому (в частности, отношение человека к самому себе как к другому). Иначе говоря, знак всегда выступает в качестве средства организации действия по овладению человеком своей психикой, сознанием, личностью. Продолжая эту мысль Л. С. Выготского, можно сказать, что психологический смысл взаимодействий в социальной ситуации определён системой символов, в которых закрепляется вся совокупность социальных отношений, культуры, то есть деятельность и поведение человека в ситуациях взаимодействия в конечном счёте обусловлены знаково-симво-

лической природой этих ситуаций, применением особых инструментов в качестве орудий и знаков.

Далее я приведу конкретный пример решения проблемы социальной и образовательной инклюзии. Этот пример, с одной стороны, показывает, как на основании подхода Л. С. Выготского может строиться социальная ситуация, эффективная для развития человека, у которого есть особые образовательные потребности. С другой стороны, на этом примере будет показано, за счёт каких средств осуществляются процессы развития¹.

Во-первых, опираясь на идеи Л. С. Выготского, мы говорим о разных психолого-социальных механизмах, которые работают в этой ситуации. Таких механизмов здесь два.

Первое — это дискуссия автора с другими участниками фильма. Автор фильма, занимается обсуждением и включается в дискуссию с теми, кто помогает ему делать фильм, работает вместе с ними и уже не только со сценарием, но и с самим собой. Он обращается к своим проблемам, к тому, как он живет, откуда взялась его любимая девушка, какие испытания на него обрушились. И делает удивительный вывод: «Может быть, этот фильм мне поможет». Чему же поможет этот фильм? Понять, изменить его собственную личностную позицию, и жить дальше, несмотря на то, что «будут разные нельзя». Он понимает, что у него будут ресурсы, возможности и силы, чтобы двигаться дальше.

Второе — это рефлексия. Обсуждая то, что произошло с Антоном, мы можем говорить об акте личностного самоопределения, а в итоге — о преодолении ограничений собственного действия. Даже этот маленький отрывок, который, конечно, не дает представления обо всем фильме, показывает, как для автора и героя фильма изменяется для него его собственная социальная ситуация, изменяется его субъективная позиция. И это принципиально важно. Сейчас Антон говорит, что именно эта работа была для него фактически **катарсисом**, что он неожиданно понял, «что он может», и «что он может сам».

Далее позиция Л. С. Выготского, состоит, как я сказал в том, что исходной формой вот этого субъектного преобразования является развернутое выполнение деятельности в собственно коллективной форме.

Посмотрите на то, какое значение имеют для Антона точки зрения участников этой дискуссии. Помните, девушка, которая просто его сокурсница, даже не участник этой команды, говорит: «Но тебе-то самому, это нравится, ты сам веришь в то, что ты показываешь? Ты уверен в том, что это для тебя?». И вот это обращение его к самому себе, через работу с другими, реальное со-действие имеет по существу принципиальное значение для акта субъектно-личностного самоопределения. Именно со-действие имеет принципиальное значение для появления личностной рефлексии.

¹ Демонстрация и обсуждение эпизодов фильма «Я люблю», созданного студентом с ОВЗ МГППУ Антоном К. Исследование проведено в рамках международного проекта [4].

Следующее обстоятельство, о котором мы говорим вслед за Л. С. Выготским, это роль орудий и знаков в этой деятельности. Гаджеты, камеры, это — инструменты или орудия в данной ситуации? Международные и другие исследования показывают, что это часть современной культуры, которая захватила всех, и которая позволяет просто получать информацию гораздо более доступным путём. Однако, если мы говорим уже о медиасистемах, как средстве включения людей в социальную ситуацию (наши средства создания фильма о самом себе — это средства социального зеркала), то мы должны, во-первых, говорить о том, что орудие превращается в психологическое орудие, то есть, воздействует на психологические функции человека.

В этом плане анализ позволяет указать, по крайней мере, на три функции.

Первая функция — это внимание. Как говорил П. Я. Гальперин «внимание — это то, что сопровождает контроль, контроль — это часть внимания». А это — уже ответственность. Ты начинаешь внимательно овладевать собственным действием: я — автор этого фильма, или я — не автор этого фильма. Кто я такой? Я такой в этой социальной ситуации. Это — главное и это уже ответственность.

Вторая функция — это воля. Это очень близко связанные между собой психологические функции. Посмотрите, в фильме наслаиваются разные планы, там их судьбы переплетаются. У автора есть определенное отношение к старым культурным ценностям. Но этот человек вдруг произносит «этот фильм мне поможет». Поможет ему в чем? В отношении с девушкой, в их совместной жизни: они живут вместе, у них есть прекрасный ребенок. Им очень сложно, но помогали им все, как могли.

И, наконец, **третья функция** — это рефлексивная речь. Авторская песня является лучшим доказательством этого обстоятельства.

На этом примере мы наблюдаем факт превращения орудия в психологическое орудие: медиасистемы

обеспечивают включение внимания и воли этого человека, говорим о средствах, которые мы используем в целях социальной и образовательной инклюзии. Иначе говоря, мы должны понимать, что медиасистемы это не просто инструмент, которым режут, чинят, пилят и т. п. Это — те средства, которые воздействуют на собственные психологические функции, когда появляется возможность преодоления собственной ситуации за счёт применения этих средств.

И наконец, ещё одна проблема, на которую Л. С. Выготский указывал, но так и не раскрыл. Это его положение о единстве аффекта и интеллекта. Появляющийся аффект у человека, в отношении самого себя и эмоция. Именно эмоция. Вот эта песня Антона, это — его эмоциональный крик. Антон сам написал и спел эту песню. Сказал — «будут разные нельзя», но вопреки всему он — идет. Он знает, что он делает. Это эмоция и включённый интеллект, необходимый для решения сложных жизненных задач. Ситуация и общность, в которую был включён Антон, для него комфортны, по существу.

Последний вопрос, который я считаю важным рассмотреть, — это вопрос о наших преподавателях, они должны уметь работать с разными категориями детей, и наш Университет считает это своей приоритетной задачей. Мы целенаправленно готовим таких людей, понимая, что они должны делать.

Никакая доступная среда, как таковая, никакие пандусы не решат вопрос для таких детей, не обеспечат образовательную и социальную инклюзию. Здесь нужны профессионально подготовленные люди, которые реально умеют решать очень тонкие вопросы инклюзии, фактически вопрос включения человека с разными, не обязательно с ограниченными возможностями, в ситуацию взаимодействия и понимающей общности, решать вопросы человека со своими проблемами, сложностями, возможностями, склонностями и интересами, чтобы правильно ввести его в социальную ситуацию.

Подготовка таких людей — сложная задача. Её решает наш Университет!

Библиографический список

1. *Выготский Л. С.* Собр. Соч.; В 6 т. Т. 3. М., 1983–1984. С. 145.
2. *Пузырей А. А.* Культурно-историческая теория Л. С. Выготского и современная психология. М., 1986. С. 54.
3. *Рубцов В. В.* Социально-генетическая психология развивающегося образования: деятельностный подход. — М.: МГППУ, 2008. 416 с.
4. DIGIT-M-ED (International Research Project): Global Perspectives on Learning and Development with Digital Video-editing Media. — <https://digitmed.wordpress.com/>
5. *Rubtsov V. V.* Learning in children: organization and development of cooperative actions. N. Y., Nova Science Publ. 1991.
6. *Rubtsov V. V.* Activity Approach to Learning and the Problem of Creating Digital Learning Aids // *Tätigkeitstheorie: E-Journal for Activity Theoretical Research in Germany*. 2014. Vol. 12. No. 1. P. 11–24.
7. *Rubtsova O. V., Ulanova N. S.* Digital Media as a Means of Developing Reflection in Students with Disabilities: Cultural-Historical Perspective // *Tätigkeitstheorie: E-Journal for Activity Theoretical Research in Germany*. 2014. Vol. 12. No. 1. P. 95–118.

ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РОЛИ СОЦИО-КУЛЬТУРНЫХ ФАКТОРОВ В ПСИХОЛОГИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

**Рыжов А. Л., к. псих. н.,
МГУ имени М. В. Ломоносова,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Рассмотрены различные модели влияния социо-культурных факторов на распространенность подростковых суицидов, выделены вероятные психологические механизмы. Сделан вывод о необходимости исследования транзактных отношений между социо-культурными, возрастными-специфическими и диатез-факторами, дифференцированного изучения разных форм суицидального поведения, а также анализа не только рисков, но и протективных факторов, связанных с социо-культурными факторами.

Ключевые слова

Суициды подростков, профилактика суицидов, эффект Вертера.

ISSUES OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH IN SOCIO-CULTURAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOURS IN ADOLESCENTS

**Ryzhov A. L., PhD (Psychology),
Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

Different models of socio-cultural influences on adolescent suicide are drafted and possible psychological mechanisms are traced. The paper establishes the need for the study of transactional effects of socio-cultural, age-specific and diathesis factors, separate investigation of different forms of suicidal behavior, as well as the analysis of protective factors related to socio-cultural influences.

Key words

Adolescent suicide, suicide prevention, Werther effect.

Исследование роли факторов культурного и социального характера в развитии и поддержании разных форм суицидального и аутодеструктивного поведения подростков имеет большое значение, так как напрямую связано с вопросами их профилактики. Проблема была поставлена на заре научных исследований суицида, в работах социологов, придававших ведущую роль таким факторам, как групповая и семейная интеграция и регламентация, деклассификация и пр., а затем существенно расширена за счет рассмотрения ее различных психологических аспектов [1]. Можно выделить два различных аспекта данной проблемы, представленные в исследованиях: (1) как конкретные события или социальные потрясения могут влиять на увеличение числа суицидов, и (2) как социо-культурные условия, характеризующие определенный регион или историческую эпоху, в глобальном плане оказывают влияние на вероятность возникновения и форму суицидальных проявлений.

При исследовании первого аспекта чаще всего обращаются к эффекту моделирования или имитации.

Он может быть прослежен при экспозиции реальному суицидальному поведению (члены семьи, близкое окружение), но наиболее известным проявлением является так называемый эффект Вертера: зависимость между публикацией сведений о совершенном суициде и увеличением числа суицидов. Данные о наличии эффекта, несмотря на преобладающее число работ в его поддержку, неоднозначны — сообщается в том числе и о существовании обратного, протективного эффекта от экспозиции [1, 4].

Интерес представляют следующие результаты. (1) Показано, что эффект более выражен в случае сходства с моделью по возрасту, социальному статусу, этнической принадлежности и характеру проблем и переживаний, что подчеркивает важность механизмов идентификации. (2) Сама вероятность экспозиции новостям или художественным изображениям суицида связана с индивидуально-личностными особенностями подростка, среди которых выраженность депрессивных тенденций, опыт самоповреждающего поведения и прочих, т. е. характеризует уязвимых под-

ростков. (3) Различия связаны с характером модели (реальный факт или вымысел) и формой и контекстом сообщения. (4) Могут быть выделены ранний и отсроченный типы эффекта, которые различаются механизмами и predisposиционными чертами подверженных лиц.

Кроме механизма имитации, выделяются эффекты расторможения и десенсбилизации. Они имеют особое значение для объяснения влияния Интернет-ресурсов (таких, как форумы, группы в соц. сетях и пр., с характерными для них доступностью, анонимностью, расширением границ дозволенного, смещением отношений игра-реальность). Их суть в (1) привыкании к связанному с суицидом содержанию, как допустимому и обыденному (через демонстрацию моделей, описание средств и стимуляцию, например, предложение самопорезов, как средства снятия «душевной боли»), (2) постепенном ослаблении протективных по отношению к суициду страхов, связанных со смертью. Схожий механизм можно предполагать в феномене опосредованных Интернетом «суицидальных пактов» (совместных уходов из жизни незнакомых в реальности подростков).

Может быть также выделен травматический эффект, когда СМИ и Интернет выступают, как источник аккумуляции стрессов, что рассматривается, как один из триггеров суицида. Особо выделяется кибер-буллинг, ставящий жертву в сложную ситуацию, в связи с (а) трудностями идентификации преследователя, (б) ограниченностью способов противостояния преследованию. Роль академического и экзаменационного стресса не установлена однозначно [3].

Результаты исследования второго аспекта проблемы (глобального влияния социо-культурных условий) сложнее поддаются систематизации. Ряд установленных закономерностей в социологических исследованиях, как то связь суицида с неполной семьей, сменой культурных ценностей, бедностью, распространенностью злоупотребления ПАВ, требует уточнения лежащих за ними психологических механизмов. В одном из первых исследований такого рода Хендин, сравнивая скандинавские страны, выделил два ключевых культурных фактора: особенности регуляции агрессии (в виде сверхжесткой регламентации и табуирования) и практики ухода и воспитания за детьми, характеризующиеся низкой степенью эмоциональной вовлеченности. В современных исследованиях акцент ставится на культурно-обусловленных особенностях поведения привязанности [3]. Особое значение уделяется тому, насколько особенности культуры затрудняют самоопределение, достижение независимости и личностную идентификацию в подростковом возрасте, также тенденцию к изоляции. Другой указываемый фактор — культурное значение понятия смерти, открытость суицидальным моделям поведения. Подчеркивается роль распада традиционных ценностей, в том числе религиозных, размытость социальных ролей и моделей, и поиск их суррогата в подростковом возрасте, в том числе в форме суб- и контркультур. Содержательно, ценности высоких стандартов выполнения, достижения, могут рассматриваться, как предрасполагающие

к риску суицида. Отдельно можно выделить искаженные идеалы худобы и внутренне противоречивые ролевые модели, связанные с расстройствами пищевого поведения, которые в свою очередь коморбидны с суицидальными попытками. С эмпирической точки зрения, большинство этих данных не подтверждены в достаточной мере.

Можно сделать следующие выводы.

1. Неопределенность и неоднозначность результатов эмпирических исследований являются прямым следствием природы изучаемых феноменов (таких, как их редкость, сложность контроля побочных переменных и этические ограничения) и едва ли могут быть окончательно преодолены. В то же время социальная значимость проблемы требует разработки мер оценки и профилактики, опираясь на неполные научные данные. Важным практическим следствием этого направления исследований явилось создание рекомендаций по освещению СМИ ВОЗ и национальными службами здравоохранения, что рассматривается как важная составляющая профилактики суицидов.
2. Необходим учет транзактных отношений между социо-культурными факторами, индивидуальным диатезом и предрасполагающими условиями, связанными с общими закономерностями подросткового развития: рассмотрение каждого фактора в отдельности недостаточно. Суицидальные идеи (как и мысли о смерти в целом) широко распространены среди подростков, в то время как небольшое их количество переходит к их реализации. Исследования не дают однозначного ответа, влияют ли социокультурные факторы на возникновение суицидальных мыслей и намерений, запускают их в действие, или определяют специфическую уязвимость. Вероятно, все три возможности имеют место.
3. Признавая, что подростки являются группой риска для суицида, необходимо учитывать уникальные черты психики и задачи развития подросткового возраста, включая особенности когнитивных процессов, значимость подражания и идентификации с ролевой моделью, неустойчивость самооотношения и несформированность механизмов регуляции настроения и самооценки, незрелый характер межличностных отношений, характеризующихся завышенными требованиями и непризнанием различий, сниженная толерантность к фрустрации, проблемы формирования образа тела, установления личностных границ, амбивалентное отношение к возможности получения помощи и протекции.
4. Гетерогенность проявлений суицидального и аутодеструктивного поведения требует предположить, что в разных случаях социо-культурные факторы оказывают разное действие. Выделяются как минимум два различных типа суицидального поведения: (а) связанное преимущественно со сложностями установления межличностных отношений, (б) связанное с интраперсональной проблематикой, завышенными стандартами и невозможностью им соответствовать.

5. Современной тенденцией является указание важности исследования не только факторов риска, но и протективных факторов социо-культурных воздействий, а также их возможные протективные эффекты. Учитывая подчеркиваемое многими авторами коммуникативное значение аутодеструктивных и суицидальных действий, даже потенциально опасные суицидальные интернет-группы могут представлять собой важный инструмент профилактики.

Библиографический список

1. *Berman A., Jobes D., Silverman M.* Adolescent suicide: assessment and intervention. Washington: APA, 2006. 456 p.
2. *Caillard V., Chastang F.* Le geste suicidaire. Elsevier Masson, 2010. 353 p.
3. *Kelleher M., Chambers D.* Cross-cultural variations in child and adolescent suicide // *Suicide in children and adolescent.* R. King, A. Apter (Eds.) Cambridge University Press, 2003. P. 170–197.
4. *Schmidtke A., Schaller S.* What do we know about media effects on imitation of suicidal behaviour? // *Suicide Prevention.* D. De Leo, A. Schmidtke, R. F. W. Diekstra (Eds.) Amsterdam: Kluwer, 1998. P. 121–137.

ВОПРОСЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Самсонова Е. В., к. псих. н., доцент,
Московский государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Для реализации инклюзивного образования необходимо создавать условия, при которых дети могли бы включаться в образовательный процесс в соответствии со своими возможностями и индивидуальными потребностями. Для реализации этой задачи педагогу необходимо поменять понимание и методы профессиональной деятельности. Учет индивидуальных особенностей в образовательном процессе является важнейшим фактором сохранения психического здоровья детей.

Ключевые слова

Инклюзия, инклюзивное образование, дискриминация, эксклюзия.

INCLUSIVE EDUCATION: MENTAL HEALTH MAINTENANCE

Samsonova E. V., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

To introduce inclusive education, it is necessary to create conditions under which children could be included in the educational process according to their abilities and individual needs. In order to accomplish this task, teachers are required to change their understanding and methods of professional activity. Considering children's individual features in the educational process is essential for preserving their mental health.

Key words

Inclusion, inclusive education, discrimination, exclusion.

Инклюзивный подход выступает одним из целевых ориентиров реформирования системы образования в России. Закон «Об образовании в Российской Федерации» официально ввел понятие «инклюзивное образование» как обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей (ст. 2, п. 27) и законодательно закрепил инклюзивную практику в образовании, ко-

торая в течение последнего десятилетия активно развивается в России.

Понятие «инклюзия» (фр. *inclusif* — включающий в себя, лат. *include* — включаю, *inclusion* — включение) противостоит понятию «эксклюзия» (исключение). Эксклюзию мы понимаем в самом широком смысле этого слова — как исключение из фокуса внимания определенных сторон жизни, способ функционирования человека, группы, социума при котором ис-

ключается из внимания часть содержания. Например, человек может не обращать внимание на напряжение в какой-то части тела, занимаясь определенным делом, пока это напряжение не даст знать о себе болью и ограничением для выполнения этого дела. В этот момент в фокус внимания человека попадает то, что раньше исключалось, и тогда он активно начинает заниматься своим здоровьем. Родители могут не замечать особенности в поведении ребенка до тех пор, пока эти особенности не начнут мешать привычному функционированию семьи (например, начнут поступать жалобы на ребенка из школы) и тогда родители начинают искать способы для решения проблемы. Социальная группа может формально декларировать принцип равенства, игнорируя те противоречия, которые существуют между группами, до тех пор, пока эти противоречия не перерастут в реальный конфликт, и нужно будет придумывать способы его преодоления. Таким образом, эксклюзия становится возможной до тех пор, пока это не затрагивает приоритетных сторон жизни. Как только исключаемое содержание становится ограничением для функционирования или развития, оно попадает в фокус внимания человека, социальной группы, после чего выбираются разные способы совладания с этим ограничением — от приспособления к нему до полной дискриминации.

Рассмотрим эти способы на примере образовательного процесса в обычной школе. К примеру, если в общеобразовательном классе находится ребенок, который испытывает определенные трудности, учитель может исключить из фокуса внимания эти трудности до тех пор, пока они не нарушают условия его функционирования. В большинстве случаев функционированием для современного учителя, по нашим исследованиям [1, 2] является реализация образовательной программы. Если ребенок эту программу не осваивает и показывает плохие результаты, то, следовательно, учитель воспринимает это как ограничение в реализации своей деятельности. То же он испытывает в случае, когда ребенок своим поведением мешает вести урок. В первом случае не достигается необходимый результат, во втором — нарушается процесс, который должен привести к этому результату. До определенного времени у учителя была возможность справиться с этими ограничениями с помощью удаления таких детей из класса в систему коррекционных заведений или направления на обучение на дому или в коррекционный класс. И это был дискриминационный способ решения проблемной ситуации.

В настоящее время в системе образования в России под влиянием общих международных тенденций, связанных с преодолением дискриминации различных групп населения, происходят серьезные изменения в результате которых ребенок, пришедший в школу и нуждающийся в создании специальных образовательных условий, имеет право получить эти условия в той образовательной организации, в которую он поступил. Администрация и педагогический коллектив образовательной организации отвечают за создание рекомендованных ребенку образовательных условий.

Следовательно, дискриминационный способ обращения с «проблемным» ребенком является не законным. Необходимо применять другие способы решения проблемы.

Один из способов, который представляется учителю в первую очередь, это больше внимания уделить на уроке именно «проблемному» ребенку, что в свою очередь ведет к исключению из фокуса внимания других детей класса, таким образом, не происходит преодоления дискриминационной тактики. Это приводит к конфликтам со стороны остальных детей и их родителей. Выбирая между одной дискриминацией и другой, педагог чувствует себя в профессиональном тупике и не видит из него выхода.

Между тем выход из дискриминационного подхода находится в другой плоскости, а именно, в изменении понимания учителем содержания своей профессиональной деятельности. Именно понимания учителем, поскольку в Федеральных государственных образовательных стандартах такое понимание законодательно уже закреплено как требование индивидуализации образования. Это означает, что, если в профессиональном фокусе внимания оказывается не программа, а ребенок с его особенностями, получающий образование в группе своих сверстников, то создание условий для включения в образовательный процесс каждого из этих детей будет профессиональной задачей педагога. Решение этой задачи позволит учителю продумывать и проектировать условия, учитывающие особенности каждого ребенка, включать его в образовательный процесс. В этом случае программа должна будет выстраиваться с учетом особенностей детей класса. Тогда тактика учителя будет строиться на способах включения (а не исключения) детей в образовательный процесс. Такая тактика может реализовываться в следующей логике: если ребенок при восприятии вербальной информации нуждается в наглядном материале (визуальной поддержке слухового восприятия), то учитель, готовя наглядный материал, может это делать на индивидуальных карточках для конкретного ученика, но с учетом того, что практически любому ребенку в классе визуальная поддержка при восприятии вербального материала будет полезна, учитель наглядные иллюстрации может подготовить для всего класса. Точно также полезным оказывается для всех детей класса усвоение материала через практические действия, рекомендованные для детей со сниженным интеллектом, зрительная гимнастика на уроке для профилактики нарушений зрения, расшифровка смысла художественного произведения через драматизацию и т. д. Таким образом, учитель, планируя адаптацию содержания образовательной программы для конкретного ребенка, начинает смотреть на проблему более широко и учитывать потребности всех без исключения детей класса. Таким образом, преодолевается дискриминационный способ, в основе которого лежит игнорирование индивидуальных потребностей детей, за счет включения в образовательный контекст самого способа преодоления проблемной ситуации. Учитель сам, а лучше с включением детей, ищет способ преодоления препятствий, барьеров, возникающих при

освоении культурного содержания. В этот же процесс должны быть включены специалисты (психологи, дефектологи, логопеды), как носители специальных знаний и технологий работы с особыми образовательными потребностями детей, а также родители. В этом случае индивидуализирующий подход будет реализован в полном объеме и в различных вариантах.

Таким образом, инклюзия (включение) становится способом, преодолевающим ограничения возможностей получения образования всех без исключения

детей, поскольку учитель, и в целом команда образовательной организации, включая детей, родителей и специалистов, начинает мыслить и работать, фокусируясь не на образовательной программе, а на задаче включения любого ребенка в образовательный процесс. Тем самым инклюзивное образование становится условием сохранения психического здоровья каждого ребенка, поскольку в инклюзивном образовательном процессе учитываются его индивидуальные особенности, потребности и возможности.

Библиографический список

1. Самсонова Е. В. Возможности для индивидуализации обучения // Народное образование. 2014. № 7. С. 180–185.
2. Самсонова Е. В., Рыскина В. Л. Технологии инклюзивного образования: российский и зарубежный опыт. Научные исследования в образовании. 2013. № 10. С. 9–13.
3. Методические рекомендации по организации инклюзивного образовательного процесса в детском саду. Инклюзивное образование. Вып. 4 / Сост. Е. В. Самсонова, М. М. Прочухаева. М.: Центр «Школьная книга», 2010.
4. Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: Сборник материалов II Международной научно-практической конференции / Отв. ред. С. В. Алехина. — М.: ООО «Буки Веди», 2013.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОЙ КАЗАХСКОЙ СЕМЬИ

**Сарсен А. Ш., магистрант,
ЕНУ им. Л. Н. Гумилева,
Астана, Республика Казахстан**

Аннотация

Семья — важный институт хранения ценностей нашего общества. В благополучном обществе складываются принципы сотрудничества, забота о младших, традиции поддержки друг друга, тяга к образованию. В настоящее время возрастает значимость психологического здоровья, то есть эмоции играют немаловажную роль в жизни человека. В последнее десятилетие дезадаптивность к эмоциям привела к увеличению аффективных нарушений, в том числе к росту различных соматических проблем.

Ключевые слова

Психическое здоровье, здоровье нации, семейные ценности.

MENTAL HEALTH OF THE MODERN KAZAKH FAMILY

**Sarsen A. Sh., Master's Degree Student,
L. N. Gumilyov Eurasian National University,
Astana, Republic of Kazakhstan**

Abstract

The family is an important institute responsible for preserving our society's values. A strengthened society adheres to principles of cooperation, care for younger, support of each other and also promotes the thirst for education. Now the importance of psychological health increases, therefore, emotions play a significant role in human life. In the last decade, the deadaptation to emotions led to an increase in affective violations and various somatic problems.

Key words

Mental health, nation's health, family values.

Человек находится в определенной окружающей среде с момента рождения. Жизненная окружающая среда: физическая окружающая среда, нормативы и факторы общества в определенных случаях, показате-

ли деятельности жизни и близкое окружение (семья, учреждения образования и воспитания) [1].

Семья — группа людей, проживающие жизнь в близком родстве. Группа людей, объединенных в бра-

ке или в родстве для воспитания детей, а также выполнения социально важных потребностей. Здоровая семья — здоровая нация. «Здоровье это полноценное физическое, умственное, социальное состояние...» [6]. Эта формулировка предоставлено в 1958 г. Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). В Казахстане в 2015 г. День Семьи прошел под девизом «Семья — здоровье, долголетие и взаимоподдержка поколений» с целью укрепления роли института семьи, развития общей ответственности за репродуктивное здоровье, развития ответственности за свое здоровье и близких, принятие в отношении их мер безопасности жизнедеятельности [2].

События 1990-х годов привели к многочисленным разводам, снижению ценности института семьи в глазах молодежи, развитию сиблинговических конфликтов между супругами, увеличению числа изнасилований, снижения адаптивности к трудностям, многочисленным заболеваниям как взрослых и детей. Вместе с тем, место рождения, домашняя среда, в том числе жизнь совместно проживающих лиц, их родственные отношения оказывают неизгладимое влияние, то есть складывается стиль воспитания, внутреннее становление процессов у детей. На сегодняшний день сильно ослабевает влияние сообщества окружающей среды на ребенка. Воспитание мотивирует к сохранению здоровья. Воздействие здоровья на семью, в первую очередь, воспроизводится через семейные традиции. Наше культурное общество, в силу сложившихся патриархальных устоев, побуждает к подавлению эмоций [5].

Культурное состояние определяется индивидуальными факторами. Биологические и психологические факторы, дух, страх, агрессия и другие негативные эмоции в большом количестве пережитые, приводят к невосполнимому нарушению психологического состояния. Депрессивные организации с высокой критикой детей и высокими требованиями к оценке, с наказаниями за любое отступление, окружающая среда в качестве врага, принятие жизненных трудностей формирует модель трудной жизни [4].

Во многих семьях еще не укоренились здоровые традиции и профилактика здорового образа жизни. Многие семьи вместо здорового активного образа отдыха, правильного питания и профилактики тратят немалые суммы на различные лечебные учреждения. Моральное неудовлетворение приносит урон физическому здоровью.

Если критерий «психическое здоровье» рассматривать как ценность семьи или счастье, то для казахского народа счастье, в первую очередь, это благополучие самой семьи, здоровье своих детей. А для не семейных людей — здоровье родителей и родственников. Примечательно, что жизненные принципы являются формирующими факторами семьи и здоровья ее членов. Семья обусловлена трансформациями в обществе, динамический показатель непрерывного развития [3]. В настоящее время происходят серьезные изменения в экономической и социальной сфере Казахстана, наряду с этим претерпевают изменения и здоровье населения, семейные ценности, отноше-

ния. Например, национальные традиции семьи важны в укреплении здоровья семьи. Это дает возможность профилактики и возможность продолжительного сохранения здоровья и формирования поведенческого принципа в будущем: так как негативные факторы принципиально схожи и универсальны: курение, употребление алкогольных напитков, неправильная организация времени отдыха, неблагоприятные отношения между членами семьи. Придерживаясь жизненных принципов, можно поставить на верный путь и значительно улучшить уровень здоровья нации.

Нами было проведено небольшое исследование в Евразийском Национальном Университете им. Л. Н. Гумилева, расположенного в г. Астана. В опросах участвовали студенты репродуктивного возраста, обучающиеся на государственном языке. На вопрос: когда, по Вашему мнению, следует обзаводиться семьей? — ответы показали достаточно сильную установку на откладывание создания семьи. Самая популярная точка зрения, что семью надо создавать после окончания ВУЗа, приобретения профессии. Среди женского пола этого мнения придерживаются 44% опрошенных, а мужского — 67%. Полагаясь на эти данные, можно рассчитать, что самый оптимальный возраст для создания семьи у лиц с высшим образованием начинается с 20—22 лет. Однако четко выделяются критерии для обзаведения семьей: успешное окончание учебного заведения и начало карьеры, достижение определенного социального статуса. В Астане придерживаются этого мнения 53% респондентов. Само определение «семья» у большого количества опрошенных связано с определением «брак», нежели с определением «дети». Подавляющее большинство опрошенных выбирают ответ: «супруги в зарегистрированном браке с детьми или без них». На вопрос: на какое место Вы поставили бы семью в системе ценностей по сравнению с карьерой, благополучием и т. д.? — также большинство ставит семью на первое место, точнее 77,5%.

Полученные в исследовании данные отражают представления и идеалы современной казахской молодежи в ценностном отношении к семье и ее психологическому здоровью. В современных условиях социальных изменений представление о семье как национальной ценности становится все более и более актуальной проблемой особенно в студенческом возрасте. Ведь именно в этот период происходит активное развитие личности, возникают значимые психологические приобретения, происходит осмысление полученного социального и личного опыта, особенные взаимоотношения в семье между ее членами [5]. Эти отношения возникают из сознания человека, принципов жизнедеятельности семьи, здорового образа жизни, на почве развития казахского института семьи и многовековой мудрости, традиций, ценности семьи и родства, воспитания в стиле кочевников.

Мировой опыт показывает, что здоровье нации это очень важный фактор — это, с одной стороны, профилактика заболеваний, с другой стороны, пропаганда здорового образа жизни от лица государственных органов. Профилактика заболеваний — это употреб-

ление в пищу чистой воды и чистых продуктов, наличие очистных приспособлений, снижение процента несчастных случаев и катастроф и т. д. В частности, вторая половина XX века в Казахстане ознаменована шестью народными переписями населения. С 1959 по 1989 годы вдвое увеличилась численность и составила 16 536,5 тыс. человек. Но в сравнении с 1999 г., численность уменьшилась на 9,6%. Общая численность населения Казахстана по данным на 1 апреля 2016 г. составляет 17 733 198 человек. Эти изменения обозначили особенности развития здоровья, политики здравоохранения, мероприятий по сохранению здоровья народа, а также общего качества медицинских услуг.

Один из основных параметров семьи — вопрос здоровья (физического и психического). В казахском обществе здоровье семьи имеет важное значение для психологии, так же, как и в других сферах. Внезапные отклонения от его норм (хронические заболевания,

приобретенная инвалидность) могут возникнуть из-за социальной дезадаптации, что наносит урон основным принципам семьи. Таким образом, семьи, в которых есть социально дезадаптированные члены, нарушены внутрисемейные межличностные отношения, а если остальные члены семьи отягощены отклонением от норм, то это приводит к изменению всей семейной картины. Институт брака как неукрепившаяся ячейка, подавляет дух, приводит к разрушению здоровья семьи и дезадаптации [4].

Наиболее важно проведение следующих мероприятий в Республике Казахстан: ведение профилактической работы по возрождению института брака и семьи, укрепление понятий семья и семейные ценности, духовное обогащение, активная работа по воспитанию детей, создание предпосылок для восстановления нормального психологического климата семьи, воспитание всех членов семьи, а в особенности молодого поколения в духе здорового образа жизни.

Библиографический список

1. Аканов А. А., Девятко В. Н., Кулжанов М. К. Общественное здравоохранение в Казахстане: обобщение, проблемы, перспективы. Алматы, 2001.
2. Биекенов К., Садырова М. Толковый словарь по социологии. Алматы: Словарь, 2007. С. 344.
3. Гуткевич Е. В. Семейная адаптация и психическое здоровье семьи. Томск, 2009.
4. Индекс развития человечества: районный аспект. Сборник статей / Под редакцией А. А. Саградова. М: МАКС ПРЕСС, 2001. 88 с.
5. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи. — М., 2008.
6. О мировом здравоохранении 2000. Доклад: Всемирная Организация Здравоохранения, 2000.

АКТУАЛЬНЫЕ ОНЛАЙН-УГРОЗЫ ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ОПАСНОЕ ОБЩЕНИЕ И ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ

Солдатова Г. У., д. псих. н., член-корреспондент Российской академии образования, профессор кафедры психологии личности, Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, директор, Фонд Развития Интернет,

Журина М. А., младший научный сотрудник, Центр мониторинга рисков и социально-психологической помощи, ГБОУ ВПО МО «Академия социального управления», координатор проекта «Линия помощи „Дети Онлайн“», Фонд Развития Интернет, Москва, Российская Федерация

Аннотация

Освещена проблема влияния Интернета на психическое здоровье детей и подростков. Представлена классификация существующих интернет-рисков. Из них подробно рассмотрены два типа, несущие наибольшую угрозу психическому здоровью детей и подростков: коммуникационные риски и интернет-зависимость. Описаны типичные сценарии столкновения с видами коммуникационных рисков — кибербуллинг и груминг. Показана распространенность симптомов чрезмерной увлеченности Интернетом у российских подростков, приведены факторы, сопутствующие интернет-зависимости.

Ключевые слова

Интернет, информационно-коммуникационные технологии, онлайн-риски, информационная безопасность, онлайн-риски, кибербуллинг, груминг, интернет-зависимость.

MENTAL HEALTH PROBLEMS ASSOCIATED WITH INTERNET ADDICTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

**Soldatova G., Psy. D., Professor, Vice-Dean of the Department of Psychology,
Lomonosov Moscow State University,
Corresponding Fellow of the Russian Academy of Education,
Director of the Foundation for Internet Development,
Chief Editor of the Journal “Children in the Information Society”,
Zhurina M.,
Research Psychologist at the Foundation for Internet Development,
Project Coordinator of the Helpline “Kids Online”,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article explores the issue of the Internet impact on mental health of children and adolescents. The classification of online risks focuses on two types—communication risks and the Internet addiction, which can be considered as most harmful to mental health of children and adolescents. Authors describe general scenarios of facing up communication risks—cyberbullying and children grooming. Furthermore, the paper analyses the prevalence of the issue of the Internet overuse symptoms among Russian adolescents as well as factors associated with the Internet addiction.

Key words

Internet, information and communications technology (ICT), online risks, informational safety, cyberbullying, child grooming, Internet addiction.

Сегодня Интернет стал неотъемлемой частью жизни каждого человека. Инфокоммуникационные технологии органично встроились в социальную ситуацию развития современных детей. Интернет — среда, которая несет в себе как возможности для развития, так и является источником факторов риска психическому здоровью детей. Одними из самых важных социальных факторов негативного воздействия являются проблема насилия и проблема зависимости. Инфокоммуникационные технологии преломляют эти две проблемы и вносят свои особенности в ситуации негативного воздействия на подрастающее поколение. Риски, связанные с насилием, мы наблюдаем в процессах общения посредством интернет-технологий у различных возрастов пользователей, но в первую очередь они представляют угрозу для несовершеннолетних. Проблема зависимости юных пользователей от цифровых технологий чрезвычайно активно обсуждается научным сообществом, требует пристального внимания психологов и психиатров и очень беспокоит родителей.

В процессе исследования этого ряда проблем мы опираемся на данные, полученные в ходе анализа опыта работы всероссийской службы дистанционного консультирования по вопросам безопасного использования Интернета и мобильной связи — Линии помощи «Дети онлайн», а также на результаты всероссийского исследования «Цифровая компетентность российских подростков и родителей», проведенного Фондом Развития Интернет в 2013 г. [5, 6].

На основе анализа эмпирических данных исследований Фонда, проводимых по этой тематике, а также

обращений на Линию помощи, создана рабочая классификация всех существующих угроз онлайн-пространства, которая включает четыре основные категории: коммуникационные, технические, контентные и потребительские, в соответствии с четырьмя основными сферами онлайн-деятельности. Отдельную категорию составляют проблемы, связанные с проявлениями интернет-зависимого поведения [5].

Результаты анализа обращений за 5-летний опыт работы Линии помощи показывают, что самой значимой группой проблем, с которой подростки сталкиваются в Интернете являются коммуникационные риски. Эти проблемы возникают в процессе общения и взаимодействия людей в Интернете. В их числе кибертравля, сексуальные домогательства, знакомства в сети, встречи с интернет-знакомыми в реальной жизни и множество других. С подобными рисками можно столкнуться при общении в онлайн-мессенджерах, социальных сетях, на сайтах знакомств, форумах, блогах и других ресурсах. Более трети всех обращений на Линию помощи (35%) связано именно с этим кругом проблем. Коммуникационные риски несут в себе множество угроз для психического здоровья детей и подростков.

Наиболее часто встречающиеся угрозы в группе коммуникационных рисков — кибербуллинг и груминг. Каждый четвертый российский подросток указал, что за последний год сталкивался с оскорблениями, унижениями или преследованиями в Сети, но в курсе был только один родитель из десяти [5]. 17% обращений на Линию помощи из группы коммуникационных рисков связаны с кибербуллингом, причем большин-

ство из них (16%) направлено на совладание с текущей ситуацией и только небольшая часть пользователей обращаются по вопросам профилактики. Для этой категории проблем отсутствуют простые и надёжные технические решения, кроме того, с коммуникационными рисками подростку сложнее справиться самостоятельно, без посторонней помощи [6].

Чаще всего кибертравля связана с негативной ситуацией в реальной жизни, является следствием неблагополучной образовательной среды в классе, вызвана нападениями в школьных сообществах. Нередко травля начинается в Интернете, например, в так называемых «группах ненависти». Создатели таких групп ведут свою деятельность по психологическому насилию в сообществах, скрытых от глаз взрослых, но привлекают внимание множества подростков (гораздо больше, чем могли бы привлечь в реальной жизни). При этом часто даже взрослым сложно идентифицировать зачинщиков, поскольку агрессоры имеют возможность скрываться за аватарами и псевдонимами.

Другая распространенная угроза в группе коммуникационных рисков — груминг — деятельность пользователя, направленная на установление близкого контакта с ребенком посредством Интернета, с целью его дальнейшей сексуальной эксплуатации. Среди обращений в группу коммуникационных рисков на Линию помощи за все время треть пользователей (33%) хотели получить помощь именно по этой проблеме [6]. А за 2015 г. доля запросов по грумингу составила 12% от их общего числа.

Самый частый сценарий груминга разворачивается в личной переписке между взрослым и ребенком. Как правило взрослый выдает себя за человека одной с ребенком возрастной категории, втирается в доверие, делая комплименты и проявляя сочувствие к обсуждаемым проблемам. Дальше, когда подросток чувствует эмоциональную близость с собеседником, инициирует переписку на интимные темы и предлагает прислать фото в обнаженном виде или показаться без одежды в сеансе видеосвязи. Как только фото или видео получены, недоброжелатель начинает процесс шантажа. Собеседник требует сделать все новые фотографии или встретиться в реальной жизни. В случае отказа, новый знакомый угрожает отправить полученные интимные фото и записи одноклассникам, родителям и учителям подростка, словом всем, кто числится в «друзьях» в его социальной сети.

С позиции подростков самой значимой угрозой является не обман со стороны другого, не нарушение личностных границ безопасности, а угроза потери репутации перед значимыми другими — родителями и одноклассниками. Юные пользователи, обращающиеся с подобными проблемами, больше всего переживают относительно потенциальных изменений в отношениях с родителями и сверстниками после подобного инцидента. Подростки отчаянно боятся признаваться родителям в подобном опыте по нескольким причинам. С одной стороны, они испытывают острое чувство стыда перед старшими, с другой — понимают, что придется показывать не только фото, но и открывать переписки, содержащие не менее откровенные эпизо-

ды. Особенно сложно подростку поделиться с родителями, если для его семьи характерен авторитарный стиль воспитания. Они боятся реакции родителей и не верят в их способность оказать помощь в такой ситуации.

Еще одной значимой угрозой психическому благополучию детей и подростков является интернет-зависимость. Одним из следствий распространенности и доступности Интернета в современном мире стало увеличение частоты и продолжительности его использования, особенно среди подростков. Научное сообщество предлагает несколько терминов для названия нарушений, связанных с частым и неконтролируемым использованием Интернета. Среди них интернет-зависимость, чрезмерное использование Интернета, проблемное использование Интернета. Однако, ни в американской классификации психических расстройств DSM-IV, ни в международной классификации болезней МКБ-10 интернет-зависимость не выделяется как самостоятельное заболевание [3]. До сих пор ведутся споры, где проходит граница между патологическими процессами и следствием современного образа жизни. По данным исследования Фонда Развития Интернет для подростков значимость компьютера и Интернета в череде потребностей для комфортной жизни оказывается более важной, чем потребность в пище и крове, уступая только потребности в наличии близкого другого [4].

По данным наших исследований в среднем каждый шестой российский подросток часто или довольно часто замечает у себя признаки чрезмерного использования Интернета. Наиболее распространенные симптомы чрезмерной увлеченности Интернетом, которые замечают у себя российские школьники — синдром отмены (52%), потеря контроля в Сети (43%) и «замена реальности» — каждый третий пренебрегал семьей, друзьями или увлечениями, а каждый четвертый периодически забывал о питании и сне [3]. При этом только у каждого десятого ребенка (11%) наблюдается проявление всех трех симптомов.

Что же касается обращений на Линию помощи по проблемам интернет-зависимости — оно невелико, но стабильно. На протяжении 5 лет работы проекта оно составляет примерно 10-ю часть всех запросов (9%). В подавляющем большинстве случаев по этим вопросам на Линию помощи обращаются взрослые (72%) [6].

По сравнению с другими типами рисков, на Линию помощи достаточно много родителей (33%) обращаются именно по вопросам профилактики интернет-зависимости, что свидетельствует о росте осведомленности взрослых о данной проблеме. При этом чаще всего (67%) взрослые наблюдают у пользователя сразу несколько характерных для зависимости симптомов [6].

На основании содержательного анализа обращений на Линию помощи можно выделить несколько групп сопутствующих факторов чрезмерной увлеченности Интернетом. Первая группа — отношения со сверстниками. Родители подростков с чрезмерной увлеченностью Интернетом отмечают у них пробле-

мы в отношениях со сверстниками, отсутствие друзей, дефицит общения. Пока невозможно сделать однозначный вывод, является ли социальная изоляция причиной или результатом чрезмерной увлеченности Интернетом. Другой группой являются семейные факторы — нередко запрос исходит из неполных семей или семей, в которых ребёнок воспитывается не родителями, а другими членами семьи. Сюда же относится стиль семейного воспитания — жалобы часто поступают от матерей, в семьях которых наблюдается либо попустительский стиль воспитания либо сильный диссонанс и непоследовательность в воспитательных стратегиях разных членах семей.

Данные исследований Фонда Развития Интернет также позволяют говорить о существующих связях в родительской стратегии воспитания в сфере онлайн-деятельности и уровне чрезмерного использования Интернета. Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что запреты и объяснения родителей оказывают разное действие на детей в зависимости от их личностных особенностей и того типа деятельности, которым школьники занимаются в сети. Родительские запреты более эффективны применительно к подросткам, ориентированных на учебную деятельность в се-

ти. При этом запретительная стратегия оказывается совсем неэффективна в случае подростков, которые используют Интернет для всего — развлечений, общения и учебы в том числе. А положительные результаты (отсутствие симптомов чрезмерной увлеченности) показывает объяснительная стратегия взаимодействия. Для тех подростков, которые в основном просматривают ленты новостей и ищут разнообразный контент, неблагоприятной стратегией выступает высокая степень запретов и недостаток разъяснений со стороны родителей [3].

Для обеспечения психологического благополучия российских детей и подростков необходимо принимать во внимание изменения, связанные с развитием цифровых технологий и эволюцией онлайн-рисков. Повышение частоты и времени пребывания в Интернете, отсутствие системы обучения безопасному и эффективному использованию Интернета, низкая цифровая компетентность родителей увеличивают вероятность столкновения юных пользователей с онлайн-рисками. Перед научным и педагогическим сообществом встает особая задача по диагностике, профилактике, а при необходимости и оказания помощи в ситуациях столкновения с онлайн-рисками.

Библиографический список

1. Солдатова Г., Рассказова М., Лебешева М., Зотова Е., Рогендорф П. Дети России онлайн: риски и безопасность. Результаты международного проекта EU Kids Online II в России. М.: Фонд Развития Интернет, 2013. 213 с. — http://detionline.com/assets/files/helpline/RussianKidsOnline_Final%20ReportRussian.pdf (дата обращения 31.05.2016).
2. Солдатова Г., Зотова Е., Лебешева М., Шляпников В. Интернет: возможности, компетенции, безопасность. Методическое пособие для работников системы общего образования. Ч. 1. Лекции. М., 2013. 165 с.
3. Солдатова Г., Рассказова Е. Чрезмерное использование интернета: факторы и признаки // Психологический журнал. 2013. Т. 34. № 4. С. 105–114.
4. Солдатова Г. У., Нестик Т. А., Рассказова Е. И., Зотова Е. Ю. Родители, Интернет, еда // Дети в информационном обществе. 2013. № 14. С. 50–61.
5. Солдатова Г. У., Нестик Т. А., Рассказова Е. И., Зотова Е. Ю. Цифровая компетентность подростков и родителей. Результаты всероссийского исследования. М.: Фонд Развития Интернет, 2013. 144 с.
6. Солдатова Г. У., Шляпников В. Н., Журина М. А. Эволюция онлайн-рисков: итоги пятилетней работы линии помощи «Дети онлайн» // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 3. С. 50–66.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ САХА

Старостина Л. Д., к. псих. н.,
Северо-Восточный федеральный университет,
Татарина Н. Е., психолог,
Республиканский Центр отдыха и оздоровления детей «Сосновый бор»
Якутск, Российская Федерация

Аннотация

Исследована проблема здоровьесберегающего поведения старших подростков саха. Здоровьесберегающее поведение является системным образованием, зависящим от отношения к здоровью как ценности; субъективной оценки состояния здоровья; активности в отношении к общей физической культуре как стилю жизни, а также от отношения к употреблению «вредных» для организма популярных среди молодежи напитков. Приведены данные об образе жизни старших подростков, их состоянии здоровья и общего самочувствия, а также способности рефлексировать по поводу своего здоровьесберегающего поведения.

Ключевые слова

Здоровье, здоровьесберегающее поведение, образ жизни, вредные для здоровья факторы, психологические факторы здоровья, старший подростковый возраст, виртуальные игры, виртуальное общение.

HEALTH-PRESERVING BEHAVIOUR OF SAKHA SENIOR ADOLESCENTS

Starostina L. D., PhD (Psychology),
North-Eastern Federal University,

Tatarinova N. E., Psychologist,
Republican Children's Health Centre of Rest and Improvement of Children
"Sosnovy Bor"
Yakutsk, Russian Federation

Abstract

The article presents the study of the issue of health-preserving behaviour among senior adolescents of Sakha. Health-preserving behaviour is a system that depends on: attitude to health as value, subjective evaluation of a health status, physical activity as a lifestyle; and attitude to "unhealthy" drinks popular among young people.

The paper demonstrates the data on senior adolescents' lifestyle related to their health, general well-being and an ability to reflect upon their health-preserving behaviour.

Key words

Health, attitude to health, health-preserving behaviour, the lifestyle, factors affecting health, psychological health factors, senior adolescents, virtual games, virtual communication.

Понятие здоровьесберегающее поведение включает в себя: отношение к здоровью, медицинскую активность, отношение к физической культуре, отношение к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) [2]. Ядром структуры здоровьесберегающего поведения выступает потребность личности в самосохранении. Эта потребность имеет сложную структуру, состоящую из всех уровней пирамиды потребностей А. Маслоу, где обязательно включается стремление к самоактуализации. Одним из элементов здоровьесберегающего поведения признается отношение субъекта к своему здоровью [1]. При рассмотрении здоровья как ценности, его часто связывают с самооценкой личности и состоянием его здоровья [3].

Цель исследования: изучить отношение к здоровью, субъективные аспекты отношений и реальный образ жизни подростков. Выборка составлена по 128 подросткам 15–16 лет.

Ниже представлены результаты, полученные при проведении опросника «Отношение к здоровью» (Р. А. Березовская).

Преобладающее число опрошенных школьников, декларируют о первостепенности ценности здоровья. На втором месте — ценность свободы, что соответствует задачам подросткового периода и обусловлено характером ведущей деятельности — общением со сверстниками и стремлением к самостоятельности. На последнюю позицию опустилась «потребность в уважении», что указывает на известную маргинальность положения подростка.

Немаловажную роль в информированности о здоровье имеет микросоциум, близкое окружение. Ин-

формация из газет и журналов пользуется наименьшей популярностью среди подростков. Девушки более восприимчивы к пропаганде массового характера через телевидение и Интернет. Юноши отмечают роль непосредственного общения, организованные встречи с участием представителей медицины.

По эмоциональному переживанию о здоровье выявлены гендерные различия: девушки во время болезни бывают расстроены, склонны сожалеть и винить себя в случившемся, однако к факту выздоровления относятся без видимого эмоционального подъема; юношам характерно повышение озабоченности своим здоровьем, мнительности во время болезней, однако после выздоровления испытывают больше положительных эмоций, чем их сверстницы.

Таким образом, есть основание говорить о недостаточной сформированности здоровьесберегающего поведения у подростков. Главной причиной здесь выступают недостаточность мотивации и волевой регуляции. Многие из них не знают, что нужно делать для сохранения здоровья. Каждому из них известно о вреде курения, наркомании и ПАВ, но они не знают какими способами можно улучшить свое самочувствие.

В данном исследовании по методике «Личностный дифференциал» изучались субъективные аспекты отношений подростков к себе, к своему идеалу, а также к людям, придерживающимся здорового образа жизни. Сравнению подверглись средние значения по выполнению теста, когда им предлагалось оценить себя, свое идеальное Я, людей, ведущих здоровый образ жизни (ЗОЖ) и себя, если бы они вели ЗОЖ.

Результаты более чем настораживают — по всем шкалам, по которым им предлагалось дать оценку, получены очень низкие значения факторов. Удивительно то, что даже при оценке людей, ведущих здоровый образ жизни, получены довольно низкие значения. Данный факт является для нас достаточно показательным, наводящим на размышления о снижении качества жизни школьников, что отражается в субъективном восприятии своей жизни и жизни окружающих «без особого энтузиазма».

В результате исследования установлены низкие уровни самооужания, удовлетворенности собственным поведением, уровнем достижений, принятия себя, самоконтроля. Следует также отметить неспособность держаться принятой линии поведения, зависимость от внешних обстоятельств и оценок, пассивность, вялость эмоциональных реакций, недостаточный уровень осведомленности и представлений о ЗОЖ, недостаточный уровень информированности о способах оздоровления. В целом подростки не понимают и не осознают связь между тем, что способствует или какое поведение может повлиять на состояние их здоровья в целом.

Тем не менее, результаты по блокам «Я — идеальное» и «Люди, которые ведут ЗОЖ» достаточно близки по значениям. Можно сделать вывод, что характеристики людей, ведущих ЗОЖ, очень близки к характеристике себя идеального. Иными словами, подростки понимают, что для того, чтобы приблизиться к своему идеалу, нужно придерживаться ЗОЖ.

Рассмотрим результаты, полученные в ходе анкетирования «Роль виртуального общения в юношеском возрасте», а также «Распространенные продукты и ПАВ».

Образ жизни якутских подростков, как и в целом по России, тесно связан с развитием современного информационного мира. Все большее число подростков с каждым годом вливается в социальные сети, вовлекается в виртуальные игры. Множество возможностей, которые предоставляет современная цивилизация превращает молодежь в пассивных граждан, которым ничего не надо добиваться в жизни и достаточно быть потребителем.

Интернет используют для поиска друга, понимающего собеседника, с которым можно поговорить на любые темы и даже обустроить свою личную жизнь (79%). Девушки равнодушны к онлайн-играм (66%). Основной прерогативой Интернета является общение, а поиск информации стоят на последнем месте ($p < 0,004$).

Большинство опрошенных юношей (75%) считают, что через Интернет можно выразить свои мысли, общение нужно для самоутверждения и обмена информацией ($p < 0,003$).

Отмечается отрицательное влияние увлечения Интернетом на их мотивацию к учебной деятельности, наблюдается потеря интереса ко всему, оторванность от реального мира. Однако отрицательного влияния на свое здоровье Интернета они не замечают. Хотя подростки понимают, что «уход в Интернет» может привести к потере реальных друзей, считают, что незнакомец из Интернета может оказаться ближе всех, кто его реально окружает.

Оказалось, что девушки дольше чем юноши находятся в интернет-пространстве, социальных сетях и онлайн-играх ($p < 0,004$). Выяснилось, что частое просматривание монитора компьютера, планшета или смартфона отрицательно влияют на зрение и осанку подростка.

Анкета о популярных в молодежной среде продуктах питания выявило следующее: 87% девушек и 92% юношей любят пить газированные и кофеиносодержащие напитки; 17% предпочитают энергетики и тоники; и только 14% не употребляют данные напитки в силу медицинских противопоказаний. А 10% признались в том, что могут употреблять пиво и другие спиртные напитки.

Частота употребления данных продуктов в среднем по выборке колеблется 2–4 раза в месяц. Из всей выборки 10% регулярно потребляют эти напитки через каждые 2–3 дня, 3% — каждый день.

Анкетирование выявило факт курения у 10% девушек и 3% юношей. Сохраняется стереотип по поводу допустимости для представителей мужского пола курения и распития алкоголя.

Таким образом, здоровьесберегающее поведение старших подростков является острой проблемой современности. Реальная картина состояния их психологического и психического здоровья представляется малоутешительной. Настораживает «повальный спад» психоземональных характеристик настроения якутских подростков, среди которых более 70% испытывают проблемы с учебой и зависимость от соцсетей. Наблюдается следующий парадокс: если по сравнению с прежними годами подростки стали меньше употреблять пиво и другие ПАВ, то количество склонных к другим формам аддиктивного поведения увеличилось. Налицо информационная перегруженность, и как следствие, ухудшение состояния зрения, опорно-двигательного аппарата, общего соматического состояния подростков.

Библиографический список

1. Литвинова М. А., Барабаш Н. А., Ефремова Г. В. К вопросу о методологии составления валеологической программы // Образование. Личность. Здоровье / Под ред. М. Н. Лазутовой, Э. М. Казина. Кемерово: ОбИУУ, 1996. С. 145–154.
2. Попов С. В. Валеология в школе и дома (О физическом школьников). СПб, 1997. С. 112.
3. Цветкова И. В. Здоровье как жизненная ценность подростков // Социологические исследования. 2005. № 11. С. 106

ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Хаустов А. В., к. п. н.,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет» (ФГБОУ ВО МГППУ),
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлена методика оценки коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра. Алгоритм оценки включает четыре этапа. Описаны методы оценки коммуникативных навыков: беседа, интервьюирование, коммуникативные соблазны и провокации, моделирование коммуникативных ситуаций. Представлена таблица возрастных нормативов, позволяющая оценить уровень сформированности коммуникативных навыков. Выделены критерии выбора целей обучения.

Ключевые слова

Оценка, коммуникативные навыки, расстройства аутистического спектра.

ASSESSMENT OF COMMUNICATION SKILLS FOR CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS

Khaustov A. V., PhD (Pedagogics),
Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE),
Moscow, Russian Federation

Abstract

The methods of assessment of communication skills for children with autistic spectrum disorders (ASD) are presented. The algorithm of assessment includes four stages. The following assessment methods of communication skills are described: conversation, interview, communication temptations and provocations, as well as modelling of communication situations. The paper presents a table of age-related standards, which allows assessing the level of communication skills development and lays down the criteria for establishing teaching goals.

Key words

Assessment, communication skills, autistic spectrum disorders (ASD).

Основная задача оценки коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) — определение целей психолого-педагогической коррекции.

Алгоритм оценки коммуникативных навыков включает несколько этапов.

Этап 1. Первичный сбор информации о особенностях коммуникации ребенка в ходе беседы с родителями. Данные, полученные на этом этапе, дают первоначальные общие представления об особенностях и уровне развития ребенка.

Этап 2. Оценка коммуникативных навыков в повседневных естественно возникающих ситуациях. На данном этапе уточняются сведения, полученные от родителей.

Этап 3. Оценка коммуникативных навыков в ходе специально смоделированных ситуаций. Осуществляется обследование навыков, уровень развития которых не удалось выявить на предыдущем этапе.

Этап 4. Протоколирование результатов обследования. Выявляется итоговый уровень сформированности коммуникативных навыков. Осуществляется выбор целей коррекционной работы.

Для оценки коммуникативных навыков используются следующие методы: беседы с родителями и ребенком, анкетирование и интервьюирование, наблюдение за поведением ребенка, методы коммуникативных провокаций и коммуникативных соблазнов, количественный и качественный анализ полученных данных.

Учитывая трудности установления контакта и адаптации к незнакомым ситуациям, характерные для детей с РАС, основным средством сбора первоначальной информации об особенностях коммуникации аутичного ребенка является беседа с родителями. В ходе беседы выявляются следующие особенности:

- средства коммуникации, используемые ребенком: речевая коммуникация, альтернативные ком-

Таблица 1. Возрастные нормативы по коммуникации

Возраст ребенка (годы)	Возраст ребенка (мес.)	Показатели развития (умения и навыки)	Балл (начало года)	Балл (конец года)	Комментарии
1	6	Улыбается при взаимодействии с близким человеком.			
		Гулит и лепечет в ответ на речь близких людей.			
	12	Демонстрирует разделенное внимание: концентрирует внимание на том же предмете, что и взрослый; показывает, дает взрослому игрушку, чтобы поделиться интересами и т. д.			
		Имитирует слова сразу же после того как услышит их.			
2	18	Адекватно выражает различные просьбы/требования с помощью жестов и слов.			
		Адекватно выражает отказ с помощью жестов и слов.			
		Выражает согласие с помощью жестов и слов.			
		Адекватно привлекает внимание другого человека с помощью жестов и слов.			
		Комментирует действия, происходящие события, используя жесты и слова.			
		Демонстрирует предпочтения в ситуации выбора.			
	24	Использует невербальную коммуникацию, чтобы инициировать взаимодействие с ровесниками.			
		Комментирует и описывает текущие события.			
3	30	Отвечает на простые вопросы.			
		Задаёт простые вопросы.			
		Успокаивает, успокаивает других людей, когда они расстроены.			
		Поддерживает простой диалог со взрослыми.			
	36	Пересказывает знакомую историю по картинкам.			
		Говорит о своих чувствах.			
4	42	Периодически вступает в диалог с ровесниками.			
		Вступает в простой диалог по телефону.			
		Иницирует и поддерживает диалог с ровесниками.			
	48	Ведет развернутый диалог с ровесниками.			
		Пересказывает любимую историю, фрагмент фильма.			
		Использует социальные слова, фразы (например, «Извините»).			
5	54	Адекватно реагирует на чувства других людей.			
		Начинает понимать язык телодвижений собеседника.			
	60	Общается на разнообразные темы.			
		Начинает принимать во внимание точку зрения собеседника.			
6	66	Выстраивает диалог, опираясь на интересы собеседника.			
		Может договариваться с собеседником и находить компромиссное решение.			
	72	Называет по просьбе номер домашнего телефона, номер мобильного телефона одного из родственников.			
		Называет по просьбе полный домашний адрес.			
7	78	Разговаривает на темы, касающиеся взаимоотношений между людьми и норм социального поведения.			
		Отвечает соответствующим образом, когда его представляют незнакомым.			
	84	Внимательно слушает учителя на уроке (занятии) более 15 минут.			
		Вежливо, корректно завершает диалог.			
Сумма баллов					

муникативные системы, сочетание речи с другими средствами коммуникации;

- возможности коммуникации ребенка: выражение просьбы, привлечение внимания, отказ/согласие, комментирование действий, ответы на вопросы, запрос информации, сообщение о эмоциях, чувствах, инициирование и поддержание диалога;
- сфера общения ребенка: с знакомыми/незнакомыми людьми, взрослыми/детьми;
- наиболее доступные формы коммуникации, которые необходимо использовать в процессе общения с ребенком: речь, жесты, демонстрация действия;
- коммуникативные нарушения ребенка: мутизм, эхолалии, речевые стереотипы.

Для оценки конкретных коммуникативных навыков используется таблица возрастных нормативов (табл. 1), включающая краткое описание основных возрастных показателей развития в норме. Таблица разработана на основании данных различных авторов [1–5].

С помощью таблицы проводится анкетирование и интервьюирование родителей. Для выявления сформированных навыков специалист последовательно задает вопросы родителям по каждому показателю, включенному в таблицу.

Для оценки используется балльная система. В столбце «Балл (начало года)» ставится цифра (простым карандашом): «0», «1» или «2» в зависимости от сформированности навыка:

«0» — навык не сформирован. Ребенок никогда не использует данный коммуникативный навык;

«1» — навык сформирован частично. Ребенок иногда использует данный коммуникативный навык, (например, только с близкими людьми, только со взрослыми, только в домашних условиях и т. д.) или использует частично — только с подсказкой;

«2» — навык сформирован полностью. Ребенок, когда возникает необходимость, всегда использует данный навык в различных социальных ситуациях — в разных местах, с разными людьми.

В столбце «Комментарии» отмечаются все особенности коммуникации ребенка: например, ребенок использует навык только при взаимодействии с мамой, или только с подсказкой, или только используя жесты, или пытается привлечь внимание нетра-

диционным способом, используя фразу из фильма и т. д.

После завершения опроса родителей, полученная информация уточняется в ходе наблюдений за ребенком на последующих занятиях. На втором этапе специалист наблюдает за поведением ребенка в различных ситуациях, при взаимодействии со взрослыми и другими детьми. Это позволяет получить необходимую информацию о коммуникативных навыках ребенка в естественных ситуациях, оценить способность ребенка к спонтанному переносу навыка из одной ситуации в другую.

В ходе обследования на третьем этапе используется метод коммуникативных соблазнов и провокаций. Ребенка провоцируют на определенные формы коммуникативного поведения при помощи специально смоделированных ситуаций. Например, педагог убирает предмет, понравившийся ребенку, так чтобы он не мог его достать, и ждет, когда ребенок попросит его; взрослый показывает ребенку закрытый прозрачный контейнер с привлекательной игрушкой и ждет, когда ребенок попросит открыть его.

В ходе диагностического обследования, первоначально проставленные баллы корректируются в соответствии с тем, какие навыки продемонстрировал ребенок. Когда все баллы проставлены, подсчитывается их сумма. Результат заносится в строку «сумма баллов».

В зависимости от результатов обследования по предложенной методике разрабатывается индивидуальная программа. В качестве целей обучения из табл. 1 выбираются те умения и навыки, которые у ребенка либо сформированы частично (1 балл), либо не сформированы совсем (0 баллов).

Критериями выбора целей обучения является готовность ребенка к усвоению навыка, соответствие навыка уровню развития ребенка, его функциональность, важность для повседневной жизни и возможность его использования с целью формирования последующих навыков.

Для выявления результативности коррекционной работы и обучения в конце года проводится повторное обследование по предложенной методике. Результаты итогового обследования заносятся в столбцы «Балл (конец года)». Динамика по количественным показателям прослеживается путем сравнения итогов первичного и заключительного обследования.

Библиографический список

1. Кюев Е. В. Речевая коммуникация. М.: Приор, 1998. 224 с.
2. Лепская Н. И. Язык ребенка: Онтогенез речевой коммуникации. М., 1997. 151 с.
3. Лусина М. И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986. 148 с.
4. Johnson-Martin N. M., Attermeier S. M., Hacker B. The Carolina curriculum for preschoolers with special needs. Baltimore: Paul H. Brookes publishing Co., 1990.
5. Sparrow S., Balla D., Cicchetti D. Vineland Adaptive Behavior Scales. Circle pines, M. N.: American Guidance Service, 1984.

PSYCHOTHERAPY'S MISSION IN ADDRESSING AND IMPLEMENTING EARLY PREVENTIVE INTERVENTION PROGRAMMES

**Khodayarifard M., PhD, Professor, Dean,
The Faculty of Psychology and Education,**

**Raad M. H., PhD, Student in General Psychology,
University of Tehran,
Tehran, Iran**

Abstract

Public health is embedded within complex and intricate factors that emanate from a wide variety of individual, social, cultural, political, economic and psychological factors. Programs that merely explore partial contribution of a number of variables often fail to present a holistic perspective on the descriptive, prescriptive and proscriptive aspects of effective interventions in the face of mental disorders. This talk will address psychotherapy's mission in implementing early preventive intervention programs and will argue how the significance of the childhood and adolescent periods of time would unfold significant stages in giving rise to a fairly comprehensive plan of action. In view of illustrating the diachronic and synchronic analysis of health related programs of action corresponding with the necessity of the status quo in our world, the talk will elaborate how interconnectedness of organizations and institutions would develop a synergic spirit of action in demonstrating the etiology of objectives and interventions that aim to delve into implementing strategic interventions. In this regard, the talk will concentrate on social ecological models that describe the interactive characteristics of individuals and environments that underlie health outcomes and are recommended to guide children and adolescent health practice.

Key words

Psychotherapy, Preventive, Childhood, Adolescent, Mental health, social-ecological.

Introduction. Mental health—an essential part of children and adolescent's overall health—has a complex interactive relationship with their physical health, the ability to succeed in school, be accepted by their siblings and peers, and ultimately succeed at work, in their close relationships and in the society. Without doubt, children and adolescents need to have a good mental health status if they are going to live up to their full potential and truly live a life that is filled with positive experiences and the willingness to do what is best for themselves and the people around them.

There are numerous factors that can impact a child's mental health, both positively and negatively. All children and adolescent have the right to happy and healthy lives and deserve access to effective care to prevent or treat any mental health problems that they may develop. Providing children with an environment that demonstrates positive experiences, love, compassion, trust, and understanding will greatly impact a child so that they can build on these stepping stones to have a productive and positive lifestyle. But, many children do not have the opportunity to receive that type of lifestyle. Some children have to deal with a childhood that is filled with angst, resentment, hatred, distrust, and constant negativity. They have a difficult time coping with their emotions, and many of them will usually make excellent candidates for mental health programs. It is a difficult process for any person, let alone a child, to overcome such adversity but being proactive and doing all that you can for the child will at least help their mental health in some positive fashion. Some other children may be born with mental

health issues and these issues have to be dealt with in the proper fashion.

Children and adolescents with mental health issues, perform poorly in school, and later become involved in unhealthy lifestyle decisions. However, when these children are properly treated they can learn how to live a more promising life and live happy and productive lives that are filled with love, harmony, and a great mental health status.

Research in psychology and childhood psychotherapy has contributed to the development of more effective treatment and prevention of mental health disorders in children and adolescents by turning attention to Socio-ecological models (SEM) and considering the following levels aiming at scheduling programs that help a child transitioning into a healthy and happy adulthood. In a general model, the first level of intervention is the individual—e.g., therapy or counseling for those with mental health disorders or problems. The second level includes family—e.g., parent education on the needs of children at each stage of development. The third level's focus is on peers—e.g., peer-assisted learning programs aimed at improving reading, math, and science. Fourth level is concentrated on the school—e.g., strategies for teachers for effective classroom management. The fifth level is about community—e.g., violence prevention programs administered through community/recreational/religious centers. And the last level is considered as systems and institutions both in national and international scales—e.g., coordination of services in the health, juvenile justice, education, and child protection systems.

Throughout all of these layers, Identity, culture, ethnicity and language, emotional, social, cognitive and biological bases, are taken into consideration by psychologists working with children and adolescents. All these bases mediate the behavior of children and adolescents in numerous ways and as a result affects the methods of prevention and treatment of mental health disorders. Psychologists working with children and adolescents can be found in many settings including schools, community health centers, hospitals working in partnership with pediatricians and psychiatrists, research centers, and private practice.

The term ecology is derived from biological science and refers to the interrelations between organisms and their environments. Ecological models, as they have evolved in behavioral sciences and public health, focus on the nature of people's transactions with their physical and sociocultural surroundings, that is, environments (Stokols, 2003). A general acceptance of, and enthusiasm for, ecological models as applied to health behavior is reflected in authoritative documents that guide public health programs nationally and internationally. These documents include Healthy People 2010 (U. S. Department of Health and Human Services, 2000a), Institute of Medicine (IOM) reports on health behaviors (Institute of Medicine, 2001) and childhood obesity prevention (Koplan, Liverman and Kraak, 2005), the World Health Organization's (WHO) strategy for diet, physical activity, and obesity (World Health Organization, 2004), and the WHO Framework Convention on Tobacco Control (World Health Organization, 2003).

Principles of ecological perspectives on health behavior change are:

- 1) multiple levels of factors influence health behaviors;
- 2) influences interact across levels;
- 3) multi-level interventions should be most effective in changing behavior;
- 4) ecological models are most powerful when they are behavior-specific (Sallis, Owen, & Fisher, 2008).

Socio-ecological models were developed to further the understanding of the dynamic interrelations among various personal and environmental factors in order to overcome the narrow scope of unilevel interventions.

A system can be defined as a comparatively bounded structure consisting of interacting, interrelated, or interdependent elements that form a whole. Meaning, the only way to fully understand something or an occurrence is to understand the parts in relation to the whole. Thus, systems thinking, which is the process of understanding how things influence one another within a whole, is central to ecological models. Generally, a system is a community situated within an environment (McLaren, & Hawe, 2005).

The social-ecological model is a theory-based framework or set of theoretical principles for understanding, exploring, and addressing the determinants of health at many levels and also for understanding the dynamic interrelations among various personal and environmental factors. This model encourages us to move beyond a focus on individual behavior and toward an understanding

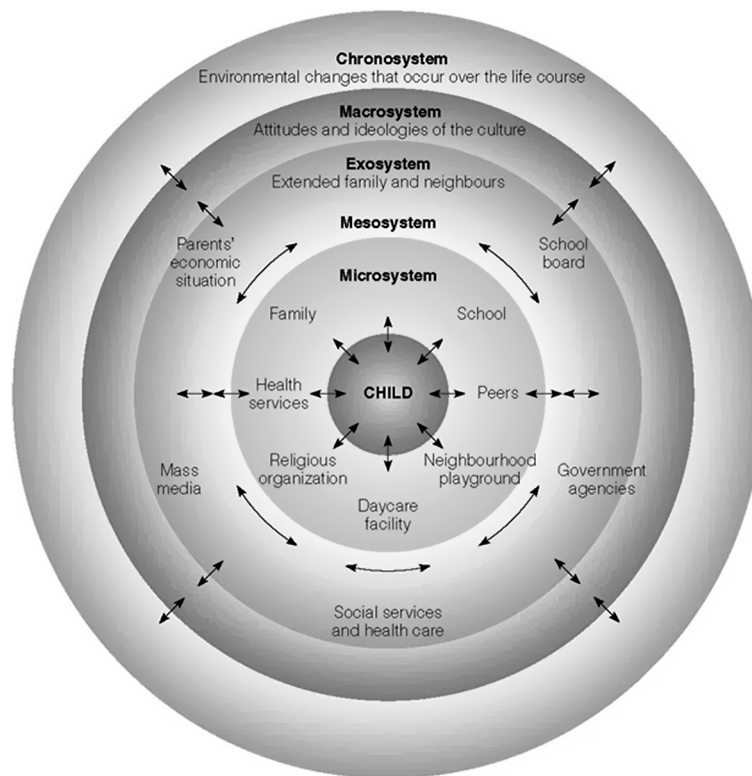
of the wide range of factors that influence health outcomes. The interventions and preventive measures using social-ecological model is put into practice by developing strategies to address the social factors that impact the health of children and adolescents. In fact, Ecological models assume not only that multiple levels of influence exist but also that these levels are interactive and reinforcing.

Social ecology pays explicit attention to the social, institutional, and cultural contexts of people-environment relations. This perspective emphasizes the multiple dimensions (example: physical environment, social and cultural environment, personal attributes), multiple levels (example: individuals, groups, organizations), and complexity of human situations (example: cumulative impact of events over time) (McLaren, & Hawe, 2005). Social ecology also incorporates concepts such as interdependence and homeostasis from systems theory to characterize reciprocal and dynamic person-environment transactions (Stokols, 1996).

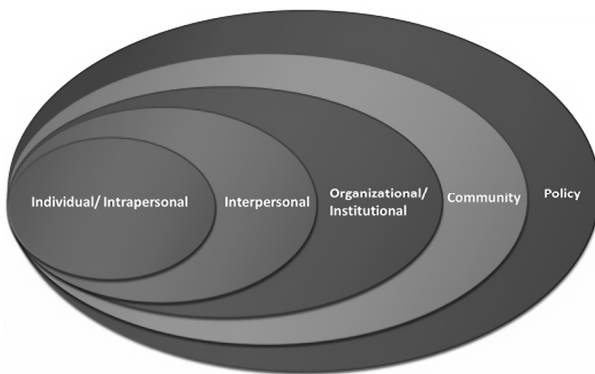
In one of the most influential models in this area, Urie Bronfenbrenner, Russian-born American developmental psychologist's ecological framework for human development, it is postulated that in order to understand human development, the entire ecological system in which growth occurs needs to be taken into account. Bronfenbrenner's ecological framework for human development was first introduced in the 1970s as a conceptual model and became a theoretical model in the 1980s. At the core of Bronfenbrenner's ecological model is the child's biological and psychological makeup, based on individual and genetic developmental history. This makeup continues to be affected and modified by the child's immediate physical and social environment (microsystem) as well as interactions among the systems within the environment (mesosystems). Other broader social, political and economic conditions (exosystem) influence the structure and availability of microsystems and the manner in which they affect the child. Finally, social, political, and economic conditions are themselves influenced by the general beliefs and attitudes (macrosystems) shared by members of the society (Bronfenbrenner, 1977; Bronfenbrenner, 1992; Bronfenbrenner, 1999; Bronfenbrenner, & Bronfenbrenner, 2009).

Building on the multilevel framework work of Bronfenbrenner (1977), McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988) offered five levels of influence specific to health behavior: intrapersonal factors, interpersonal processes and primary groups, institutional factors, community factors, and public policy. Two key concepts of the social ecological model of McLeroy et al. (1988), includes multiple levels: behavior affects and is affected by multiple levels of influence—Reciprocal causation: Individual behaviors shapes, and is shaped by, the social environment.

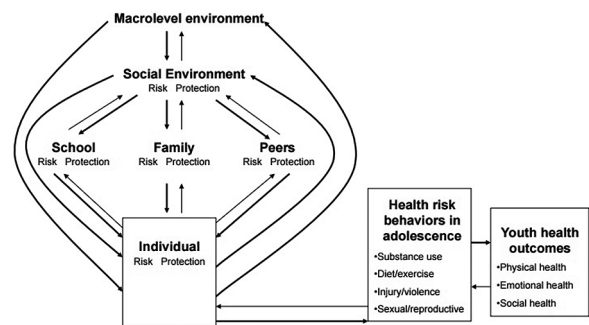
Therefore, there are two main versions of The SEM; The SEM of Urie Bronfenbrenner—used in ecological systems theory by focusing on four interlocking spheres of influence: microsystems, mesosystems, exosystems, macrosystems. And, The SEM of McLeroy et al. used in health education/behavior change by concentrating on



Social-Ecological Model of Bronfenbrenner (1977)



Social-Ecological Model of McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988). Adapted from McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz (1988)



Ecological model of adolescent behavior (McNeely, Nonnemaker, & Blum, 2002)

Social-Ecological Model of McLeroy et al.	
Level	Examples of Contributing Factors
Individual/Intrapersonal: The individual characteristics that influence behavior, including knowledge, skills, motivation, and personality traits	<ul style="list-style-type: none"> • Skills • Knowledge • Attitudes • Sexual Orientation • Biology • Motivation • Gender Identity • Spirituality
Interpersonal: Relationships with others and effects on social identity	<ul style="list-style-type: none"> • Social Support • Social Networks • Associations • Culture • Peer Influence • Family Environment • Emotional Support
Organizational/Institutional: Rules and regulations of organizations and institutions that can impact behavior	<ul style="list-style-type: none"> • Incentives Policies • Confidentiality/Privacy Rules • Stigma • Referral Systems • Parental Consent Regulations
Community: Availability and location of resources that promote health, social networks, and social norms	<ul style="list-style-type: none"> • Transportation • Health Care Services • Poverty • Tolerance • Social/Cultural Norms • Recreation Facilities • Mobilization
Policy: Local, state, and federal policies and laws that impact health	<ul style="list-style-type: none"> • Funding and Resources • Cultural Norms • Curfews • Gender Equity • Drinking Age • Racial and Ethnic Equity • Infrastructure • Political Priorities

Details of Social-Ecological Model of McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988). Adapted from McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz (1988)

five levels of influence on behavior: intrapersonal, interpersonal, organizational, community, and public policy.

Interpersonal level in The SEM of McLeroy is crowded—household roles/structures, self-construal, kinship systems, public/private domain, peer education, intimate partner violence. Accordingly, approach of McNeely, Nonnemaker, & Blum (2002) is an example of model where interpersonal level is broken out in more detail. Interpersonal level is divided by Blum et al. to family, peers, and school (organizational level represented by school).

Social-ecological models are becoming more widely used in health behavior research. However, applying SE models to the design of interventions is challenging because models must be tailor-made for each behavior and population. Nevertheless, psychosocial models have been dominant in guiding the design of health behavior change programs, and interventions based on such models have been effective (McLaren, & Hawe, 2005). Yet, psychosocial models alone cannot inform the development of intervention strategies that target changes beyond the individual level. From the earliest years of the development in the field of health promotion, guiding frameworks have emphasized the need to intervene in domains beyond psychological and social variables, such as supportive environments, policies and a reorientation of health services (Sallis, Owen, & Fisher, 2008). Ecological and social-ecological (SE) models of health behavior characterized by multiple levels of influence on behavior and an emphasis on environmental and policy influences have become common (Crosby, Salazar, & DiClemente, 2013).

Nowadays, many researchers are using SEM in studies in a large range of areas. For instance, Schölmerich & Kawachi (2016) in their article tried to review the current definitions of multilevel interventions and their operationalization in the field of family planning. On the other hand, Swearer & Hymel (2015) in their article suggest that effective bullying prevention and intervention efforts must take into account the complexities of the human experience, addressing both individual characteristics and history of involvement in bullying, risk and protective factors, and the contexts in which bullying occurs, in order to promote healthier social relationships. Hong et al. (2014) in their review provide a synthesis and evaluation of the existing research on bullying prevention and intervention strategies in South Korean schools, set within Bronfenbrenner's social-ecological contexts. Ungar (2015) has studied Social ecological complexity and resilience processes. Masten (2014) has focused on the social ecological model of resilience in children and youth As well. On the other hand, Ochoa-Meza et al. (2014) studied validity and factorial invariance of the social ecological model in explaining fruit intake in Mexican schoolchildren. Also, Marks & Coll (2014) took a social ecological approach to understand immigrant child and adolescent developmental competencies.

As a result, Golden & Earp (2012) developed a coding system to identify the ecological levels that health promotion programs target and then applied this system

to 157 intervention articles. 95% of all articles described individual-level activities and 67% described interpersonal activities, only a little more than a third (39%) described institutional-level activities. Community- and policy-level activities, by contrast, were much less common, found only in 20% and 6% of articles, respectively. Similar patterns emerged for stated targets. Furthermore, almost two thirds of all articles (63%) described interventions that focused on only one or two social ecological levels. A comparison of the first and second decade of reviewed articles suggests some increases in institutional and multilevel interventions (Golden, & Earp, 2012).

Discussion. The intervention literature mentioned here suggests that the calls for multilevel interventions that better incorporate social, institutional, and policy approaches to health promotion, have gone largely unnoticed. Despite the introduction of social-ecological models, more than 30 years ago, that emphasizes recognizing health as influenced by intrapersonal, interpersonal, institutional, community, and policy factors, nearly two thirds of the articles and researches about early assessment and interventions targets at only one or two of these levels. However the positive side is that there is an increasing ecological trend in the past decades which indicates an increasing understanding of the social-ecological models (Richard, Gauvin, & Raine, 2011). Today, SEM research in child and youth development reflects a broad transformation occurring in multiple sciences concerned with child and youth adaptation in complex developing systems. The concepts and empirical approaches are more dynamic, as investigators attempt to understand and promote adaptive change or the capacity for positive adaptation in the context.

Thus, the primary conclusion of this article is that psychotherapists and organizations working in the field of child and adolescent health, need to extend their efforts to better address structural levels of social ecological influence on behavior in order to have a more enduring health impact. Nevertheless, planning models need selecting culturally-conscious interventions for meeting both the long-standing recommendation to approach health from a social ecological perspective and the current calls for more policy and contextual efforts.

Also, we emphasize that global research on SEM is important for developmental science. Because global research on SEM has the potential to contribute to developmental science in multiple ways, research in more diverse cultural, political, and geographic contexts that expands the evidence base on developmental processes, challenges posed by multicultural or multinational contexts that can drive improvement in design and methodology, and of course theory. Also, trying to apply evidence-based practices created in one sociocultural context to another context can generate knowledge about the usefulness as well as the limitations of interventions. Therefore, globalization of SEM has the potential to increase appreciation for the value of developmental science across sectors, sciences, and cultures.

Finally, a multipronged approach is required to change our current intervention approaches in the field

of child and adolescent psychotherapy and interventions. Therefore, within the constraints of their resources, and guided by the literature that does exist, researchers and therapists should aim to enhance their current interventions, even in small steps. Researchers in the field of child and adolescent mental health and psychotherapy should continue to develop and test the tools necessary to implement multilevel interventions, including theories about the role of social networks, institutions, communities, and policies in determining health. Child and adolescent psychotherapists and therapeutic teams may need to increasingly rely on multidisciplinary teams to provide the breadth of knowledge and experience required to facilitate effective health behavior change. In conclusion, as improvements are made in both research and practice, spreading of multilevel interventions, through professional societies, peer-reviewed journals, and public health networks, is necessary.

Bibliography

1. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development // *American psychologist*, 1977. 32(7). P. 513.
2. Bronfenbrenner U. *Ecological systems theory*. Jessica Kingsley Publishers. 1992.
3. Bronfenbrenner U. *Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models // Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*, 1999. P. 3–28.
4. Bronfenbrenner U., Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press. 2009.
5. Crosby R.A., Salazar L.F., DiClemente R.J. Ecological approaches in new public health. In *Health behavior theory in public health: Principles, foundations and applications*. 2013. P. 231–251.—http://samples.jbpub.com/9780763797539/97539_CH11_Final.pdf
6. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2020: Social determinants of health*. Washington, D. C. 2010.—<http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health> (retrieved February 17, 2015).
7. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. (eds). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 3rd edn. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2002.
8. Golden S.D., Earp J.A.L. Social ecological approaches to individuals and their contexts twenty years of health education & behavior health promotion interventions // *Health Education & Behavior*, 2012. 39(3). P. 364–372.
9. Hong J.S., Lee C.H., Lee J., Lee N.Y., Garbarino J. A review of bullying prevention and intervention in South Korean schools: An application of the social-ecological framework // *Child Psychiatry & Human Development*, 2014. 45(4). P. 433–442.
10. Institute of Medicine. *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, D. C.: National Academies Press. 2001.
11. Koplan J.P., Liverman C.T., Kraak V.A. (Eds.). *Preventing childhood obesity: health in the balance*. National Academies Press. 2005.
12. Marks A.K., Godoy C., Coll C.G. An ecological approach to understanding immigrant child and adolescent developmental competencies. *Societal Contexts of Child Development: Pathways of Influence and Implications for Practice and Policy*. 2014.
13. Masten A.S. Global perspectives on resilience in children and youth // *Child development*. 2014. 85(1). P. 6–20.
14. McLaren L., Hawe P. Ecological perspectives in health research // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005. 59(1). P. 6–14.
15. McLeroy K.R., Bibeau D., Steckler A., Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1988. 15. P. 351–377.
16. McNeely C.A., Nonnemaker J.M., Blum R.W. Promoting school connectedness: Evidence from the national longitudinal study of adolescent health // *Journal of school health*. 2002. 72(4). P. 138–146.
17. Ochoa-Meza G., Sierra J.C., Perez-Rodrigo C., Aranceta B.J., Esparza-Del Villar Ó. A. [Validity and factorial invariance of the social ecological model in explaining fruit intake in Mexican schoolchildren] // *Nutricion hospitalaria*. 2014. 31(2). P. 649–657.
18. Richard L., Gauvin L., Raine K. Ecological models revisited: Their uses and evolution in health promotion over two decades // *Annual Review of Public Health*, 2011. 32. P. 307–326.
19. Sallis J.F., Owen N., Fisher E.B. Ecological models of health behavior // *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2008. 4. P. 465–486.
20. Schólmerich V.L., Kawachi I. Translating the Social-Ecological Perspective Into Multilevel Interventions for Family Planning How Far Are We? // *Health Education & Behavior*, 2016. 43(3). P. 246–255.
21. Schwartz L.A., Tuchman L.K., Hobbie W.L., Ginsberg J.P. A social-ecological model of readiness for transition to adult-oriented care for adolescents and young adults with chronic health conditions // *Child: care, health and development*. 2011. 37(6). P. 883–895.
22. Stokols D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion // *American journal of health promotion*. 1996. 10(4). P. 282–298.
23. Stokols D., Grzywacz J.G., McMahan S., Phillips K. Increasing the health promotive capacity of human environments // *American Journal of Health Promotion*. 2003. 18(1). P. 4–13.

24. Swearer S. M., Hymel S. Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model // *American Psychologist*. 2015. 70(4). P. 344.
25. Ungar M. Social ecological complexity and resilience processes // *Behavioral and Brain Sciences*. 2015. 38.
26. US Department of Health and Human Services // *Healthy people 2010*. Office of Disease Prevention and Health Promotion, US Department of Health and Human Services. 2000.
27. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2003. [http://www.who.int/tobacco/frame work/WHO_FCTC_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/frame%20work/WHO_FCTC_english.pdf).
28. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health. Geneva: World Health Organization, 2004.—http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ В ЭПОХУ ИНФОРМАЦИОННОЙ РЕВОЛЮЦИИ

**Холмогорова А.Б., д. псих. н., профессор,
Московский государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Рассмотрены негативные последствия информационной революции для психического здоровья, в том числе пропаганда в пространстве Интернета опасных для здоровья детей и молодежи стандартов красоты, ведущих к росту расстройств пищевого поведения и формированию нарциссических установок. Приведены результаты исследований неудовлетворенности своей внешностью и физического перфекционизма у молодых людей, проживающих в разных регионах России, а также результаты исследований, доказывающих негативную роль современных модных кукол и их рекламы в Интернете, направленной на формирование нездоровых стандартов красоты у детей младшего возраста.

Ключевые слова

Интернет, психическое здоровье, нездоровые стандарты красоты, расстройства пищевого поведения, неудовлетворенность своей внешностью, физический перфекционизм, модные куклы.

MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND YOUTH IN THE AGE OF INFORMATION REVOLUTION

**Kholmogorova A. B., Psy. D., Professor of Psychology,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article describes negative consequences of information revolution for mental health of children and youth. They include web promotion of dangerous beauty standards which increase the number of eating disorders and form narcissistic attitudes. The results of the studies of dissatisfaction with personal appearance and physical perfectionism in young people from different regions of Russia, as well as the results of studies prove the negative role of modern fashion dolls and their advertising on the Internet (aimed at the formation of unhealthy beauty standards in children).

Key words

Internet, mental health, unhealthy standards of beauty, eating disorders, dissatisfaction with personal appearance, physical perfectionism, fashion dolls.

Сегодня уже не остается сомнений в том, что Интернет — неотъемлемая часть жизни молодых людей, а общение в Интернете с использованием компьютерных технологий — новая форма общения. Проведенный в 2009 г. в разных населенных пунктах России опрос показал, что каждый восьмой подросток (воз-

расте 14–17 лет) «живет» в Интернете (то есть не только проводит много времени в сети, но и оценивает это время как субъективно очень значимое) [6]. Более чем у 75% российских детей и подростков есть профиль в социальных сетях, иногда — в нескольких [5]. Это позволяет говорить об Интернете как об особой

виртуальной реальности, социокультурной среде, оказывающей огромное влияние на формирование и развитие личности [3].

Выделяют позитивные и негативные эффекты использования компьютерных и интернет-технологий для общения, причем последние привлекают куда большее внимание специалистов и исследуются активнее [3, 4]. По мнению специалистов, возможные негативные последствия интернет-общения таковы: нарушение способности к коммуникации с реальными людьми, утрата самоидентичности, формирование компьютерной и интернет-аддикции, деформация ценностных ориентаций, информационный стресс, неврозы, депрессивные состояния, и, в конечном счете — десоциализация личности [1].

Одним из наиболее серьезных негативных последствий Интернета является распространение опасной для психического здоровья детей и молодежи информации и оказание давления в форме навязывания определенных форм поведения и стандартов внешнего вида.

Анализ показывает, что особенно опасной тенденцией является стремительный рост расстройств пищевого поведения среди молодежи, в котором значительная негативная роль принадлежит интернету [12]. На сайте «Анорексия, Диета, Булимия клуб анорексиков»¹ среди ответов на вопрос «Почему вы вступили в эту группу?» наиболее часто встречаются такие: «Потому что считаю, что анорексички — самые красивые девушки (потому что считаю дистрофичную фигуру красивой и аристократичной) это красиво, девушки-анорексички грациозны и нежны, они не записаны от еды, как многие! я хочу быть анорексичкой (считаю себя толстой и хочу быть худой, чтобы кости торчали)». Подобных сайтов в Интернете десятки, зарегистрированных пользователей — десятки тысяч². Здесь девушки обмениваются информацией (экстремальные диеты, лекарственные средства, жиросжигатели и т. п.) публикуют свои дневники голодовок, напоминающие хроники медленного самоубийства³, поддерживают друг друга в стремлении похудеть и вербуют в свои ряды новых адептов⁴. В США в период с 2000 до 2006 г. число госпитализированных с расстройствами пищевого поведения выросло на 18% [13], по утверждениям Американской ассоциации анорексии и булимии, нервная анорексия поражает до 1 млн американок ежегодно [2], но число невыявленных случаев может быть еще больше. Существует четкая связь между заболеваемостью и возрастом, в 95% случаев — это молодые девушки от 12 до 25 лет [13]. Опубликованы тревожные данные об «омоложении» пищевых расстройств, их старте в 6–7-летнем возрасте, с возрастанием риска заболеть с каждым последующим годом жизни [14].

Не последнюю роль в этой тенденции играет пропаганда так называемых модных кукол, закрепляющих стандарты неестественно худого с искаженными пропорциями тела уже в дошкольном возрасте, как это было показано в исследовании [11, 12].

Анализ интернет-ресурсов, посвященных *fashion doll*, показал, что в доступе для детской аудитории сегодня широкий ассортимент продукции с участием модных кукол, включающий мультфильмы, компьютерные игры, видеоклипы, мюзиклы, рекламу⁵ и снятые самими детьми видеоматериалы. Количество визуальной информации, воспроизводящей телесный идеал здесь возрастает многократно. Во всех случаях кукольная внешность оценивается в превосходных формах и связывается с успешностью в жизни. Призывая родителей к покупке Барби, рекламодатели подчёркивают её «стиль, гламурность и необыкновенную красоту... В образ Барби заложили имидж успешной и красивой женщины, с великолепной фигурой и прекрасным вкусом, ваша дочь будет стремиться именно к этому стилю в своей жизни»⁶.

В рекламных текстах отчётливо проявляется специфичность современной культуры, стимулирующей у девочек потребность выставлять себя напоказ, рождающей фантазии по поводу собственной грандиозности и мечты о восхищении и преклонении других. Неудивительно, что проблемы нарциссизма на сегодняшний день носят характер эпидемии, так как суть идеологии этих кукол — идеологии гламура — занимает сегодня значительное пространство в российских средствах массовой информации [7].

За последнее время в России был проведен ряд исследований феномена неудовлетворенности своей внешностью и физического перфекционизма как факторов риска эмоциональной дезадаптации в форме симптомов депрессии и тревоги у детей, подростков и молодежи [9, 10, 12]. Так, исследование П. М. Тархановой, в котором приняли участие 300 юношей и девушек, живущих в столичных и провинциальных городах, показало насколько широко распространены неудовлетворенность своим телом и физический перфекционизм среди российской молодежи, особенно у жителей мегаполисов, где соответствие телесному стандарту ассоциируется с успешностью в жизни. Из 75 опрошенных столичных девушек 55 прилагают систематические усилия к тому, чтобы похудеть, 57 говорят, что предъявляют к своей внешности высокие требования, 59 тщательно обдумывают, как спрятать недостатки и подчеркнуть достоинства, 60 видят малейшие недостатки во внешнем виде других, 38 признались, что при возможности готовы сделать операцию по коррекции внешности. Данная группа девушек продемонстрировала также наибольшую степень вы-

¹https://vk.com/topic-130246_24282631 — 34 023 участника.

²С. Рябухина пишет, что «Британские врачи насчитали в Интернете около 400 сайтов, пропагандирующих похудение, доходящее до дистрофии. Кроме того, существует множество чатов, где подростки делятся опытом, как сбросить „остатки веса“». Куль Барби: 20% больных анорексией умирают // «АиФ. Здоровье». 11/11/2010. № 45 — <http://www.aif.ru/gazeta/number/391>

³См., например, дневник Kira Anorexica — <https://vk.com/id14325665>

⁴Членство в подобных интернет-сообществах увеличивает риск развития расстройств пищевого поведения.

⁵Например, сайты: <http://www.barbie.com/>; <http://www.mattel.com>; <http://www.my-barbie.ru>; <http://bratzlife.ru/> и др.

⁶Сайт интернет-магазина My-Barbie, специализирующегося на продаже Барби <http://www.my-barbie.ru>

раженности признаков эмоционального неблагополучия по сравнению с другими изучаемыми группами.

Результаты проведенных исследований выявили тесную связь физического перфекционизма и неудов-

летворенности своим телом с симптомами депрессии и тревоги [8, 9, 10], а также доказывают, что нереалистичные и опасные для здоровья стандарты красоты закладываются уже в дошкольном возрасте [11, 12].

Библиографический список

1. *Войскунский А. Е.* Исследование Интернета в психологии // Интернет и российское сообщество / Под ред. И. Семёнова. М.: Гендальф, 2002. С. 235–250.
2. *Вульф Н.* Миф о красоте: стереотипы против женщин. 2-е издание. М.: Альпина нон-фикшн, 2015. 445 с.
3. *Гордилов А. В.* Виртуальное общение и проблема саморегуляции информационно-коммуникативного поведения личности в интернет-сообществах // Материалы международной научно-практической конференции «Информационно-коммуникационное пространство и человек». Научно-издательский центр «Социосфера», 2011. С. 15–19.
4. *Марарица Л. В., Антонова Н. А., Ерицян К. Ю.* Общение в Интернете [Электронный ресурс]: потенциальная угроза или ресурс для личности // Петербургский психологический журнал. 2013. № 5. — <http://ojs.spbu.ru/index.php/psy/article/download/47/23> (дата обращения 28.03.2016).
5. *Солдатова Г. В., Зотова Е. Ю.* Российские и европейские школьники [Электронный ресурс]: проблемы онлайн-социализации // Дети в информационном обществе, 2011. № 7. — http://detionline.com/assets/files/journal/7/12research_7.pdf (дата обращения 28.03.2016).
6. *Солдатова Г. В., Кропалева Е. Ю.* Особенности российских школьников как пользователей Интернета [Электронный ресурс] // Дети в информационном обществе. 2009. № 2. — http://detionline.com/assets/files/journal/2/research1_2.pdf (дата обращения 28.03.2016).
7. *Сурнов К. Г., Тхостов А. Ш.* Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации // Психологический журнал. 2005. № 6. С. 16–24.
8. *Тарханова П. М.* Исследование влияния макро- и микросоциальных факторов на уровень физического перфекционизма и эмоционального благополучия у молодежи // Культурно-историческая психология. 2014. № 1. С. 89–95.
9. *Холмогорова А. Б., Дадек А. А.* Физический перфекционизм как фактор расстройств аффективного спектра в современной культуре [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2010. № 3. http://www.mprj.ru/archiv_global/2010_3_4/nomer/nomer13.php (дата обращения 28.03.2016).
10. *Холмогорова А. Б., Тарханова П. М.* Стандарты внешности и культура: роль физического перфекционизма и его последствия для здоровья подростков и молодежи // Вопросы психологии. 2014. № 2. С. 52–65.
11. *Шалыгина О. В., Холмогорова А. Б.* Роль модных кукол в усвоении нереалистичных социальных стандартов телесной привлекательности у девочек-дошкольниц // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 130–154.
12. *Шалыгина О. В., Холмогорова А. Б.* «Телоцентрированность» современной культуры и ее последствия для здоровья детей, подростков и молодежи // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 4. С. 36–68.
13. *Averett S., Terrizzi S., Wang Y.* The Effect of Sorority Membership on Eating Disorders and Body Mass Index [Электронный ресурс] // IZA Discussion Paper. 2013. No. 7512. P. 1–21. — <http://ftp.iza.org/dp7512.pdf> (дата обращения 28.03.2016).
14. *Nicholls D. E., Lynn R., Viner R. M.* Childhood eating disorders [Электронный ресурс]: British national surveillance study // The British Journal of Psychiatry. 2011. No. 198. P. 295–301. — <http://bjp.rcpsych.org/content/198/4/295> (дата обращения 28.03.2016).

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЗАПРОС НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ: ОПЫТ МОНИТОРИНГА

**Янова Н. Г., доцент, к. соц. н.,
Алтайский государственный университет,
Городской психолого-педагогический центр,
Барнаул, Российская Федерация**

Аннотация

Рассмотрены возможности изучения потребности школьника в психологической помощи на основе методов атрибутивного анализа. Проанализированы атрибуты дискурса мотивации в манифестации запроса на психологическую помощь в условиях общеобразовательной школы. Исследование позволяет указать на локус скрытых причин обращений учащихся к школьному психологу и определить фокусировки психологической работы по сохранению психического здоровья школьников.

Ключевые слова

Психологическая помощь, психологическая служба, образование, атрибуты, аттитюды, тестовые экспертные системы.

EDUCATION REQUEST FOR PSYCHOLOGICAL HELP: MONITORING EXPERIENCE

Yanova N. G., PhD (Sociology), Associate Professor,
Altai State University,
Psychology and Education City Center,
Barnaul, Russian Federation

Abstract

The article illustrates the possibility of studying the needs of schoolchildren for psychological help based on the methods of attribute analysis. The subject of analysis is an attribution of the motivation discourse when requesting psychological help in secondary school. The study specifies on locus of the underlying causes for complaints with which students/pupils appeal to the school psychologist. It determines the focus of psychological work on preserving the mental health of students.

Key words

Psychological counseling, psychological services, education, attribution, attitudes, expert test systems.

Проблема, гипотеза цели, задачи. Мониторинг образовательного запроса на психологическую помощь как инструмент диагностики и анализа проблем психического здоровья школьников выполняет превентивную роль в профилактике психических расстройств.

В частности, анализ схем каузальных атрибуций психологической помощи позволяет реконструировать актуальные потребности и мотивы обращений к школьному психологу, сопоставить запрос на психологическую помощь с ожиданиями школьников от педагогов и психологов.

Целью реализации такого проекта является проработка ожиданий и потребностей школьников в психологической помощи с учетом образовательной ступени, что предполагает экспериментальную постановку и решение диагностических задач:

- 1) диагностику потребности в психологической помощи у школьников каждой возрастной ступени;
- 2) диагностику ожиданий от профессионального образа школьного психолога;
- 3) диагностику образовательного запроса на профессиональное сопровождение деятельности школьного психолога.

Теоретико-методологическое и методическое обоснование. Исследование основано на применении атрибутивной теории и дискурсивного анализа в когнитивной психологии. Современное состояние атрибутивной теории в психодиагностике связывают с анализом дискурса мотивации в рамках дискурсивной деятельностной модели (Edwards & Potter, 1995). Данная модель разъясняет принципы проведения диагностического дискурсивного исследования и показывает, как причинно-следственные объяснения мотивов выражены в устной или письменной речи. Стимульный языковой материал дискурсивно-атрибутивных тестов позволяет формализовать их в формате психосемантических экспертных тестовых систем [6].













Анализ и описание результатов: возможности данных. По оценке актуального психологического статуса на предмет психологического вмешательства и дифференциации потребности детей в психологической помощи наиболее сглаженная картина наблюдается на этапе основной школы, наиболее сложная — на этапе начальной школы, наиболее острая — на этапе старшей школы.

Потребность в психологической помощи на всех ступенях атрибутируется объектным сферам (*школа, семья, дом, улица*) и отражает в первую очередь характер эмоциональных нарушений подростка [4] на разных возрастных ступенях.

Исследование атрибутивных схем восприятия и оценки «детских проблем» выявило приоритет психоэмоциональных, а не когнитивных факторов в механизме саморегуляции и совладания [3]. Отчасти, потому что любая атрибуция задействует оценочный механизм, в котором эмоция сильнее когниции, тем более у детей [1] и проблема переживается эмоционально без способности ее когнитивной переработки (или затруднения осознания).

Потребность в психологической помощи, ожидания на психологическую помощь, готовность к психологической помощи исследовались опосредованно, с использованием стимульного материала дискурсивно-атрибутивных тестов репертуарной диагностики, в которых распознавание семантики вербального и невербального стимула связано с эмоционально-оценочной реакцией испытуемого. Например, стимульная семантика для индекса потребности в психологической помощи в младшей школе включала визуальную линейку базовых эмоций (*счастье, печаль, страх, гнев, отвращение, удивление, волнение, злость, недовольство*) как ответ на фрустрацию актуальных потребностей (*безопасность, любовь, счастье, удовольствие, самооценка, аффиляция*) с использованием доступных возрасту стратегий реагирования (*уход/совладание, злость/агрессия, сле-*

Таблица 1. Достоверные варианты лицевой экспрессии в лайк-схемах

Фактор 1. Безопасность	Фактор 2. Опасность
 Безопасность (я в безопасности)	 Уход/несовладание (отсюда лучше бежать!)
 Любовь (меня любят)	 Злость/агрессия (я злюсь, я кричу)
 Счастье (я счастлив)	 Слезы/депривация (я плачу/я «спрятался»)
 Удовольствие (я доволен)	 Страх (мне страшно)
 Самооценка (я молодец!)	 Смущение (я смущен)
 Аффиляция (я не один!)	 Стыд (мне стыдно)

зы/депривация, стыд, смущение, страх). Кодирование эмоций, потребностей и реакций в стимульном материале осуществлялось с помощью передачи лицевой экспрессии посредством фэйс-теста («лайк-схем» эмоциональных реакций с подписью эмоции, действия или настроения, табл. 1). Такой способ кодирования стимула наиболее доступен поколению “digital natives” как популярный цифровой способ общения [2].

Экспериментальный пример: начальная школа. При исследовании ставились следующие вопросы. Как выявить латентные эмоции, атрибутирующие потребность ребенка в психологической помощи? Почему потребность в психологической помощи атрибутируется потребностью в безопасности? Какие эмоции и как именно блокируют потребность школьника в безопасности? Что такое детский тест психоэмоциональной безопасности? Предмет интервенций в профилактике психоэмоциональной безопасности младшего школьника?

Выборка: 210 учащихся 1–4 классов.

Результаты.

1. Невербальная психодиагностика потребности в психологической помощи в условиях начальной школы показала, что эмоции выступают надежным стимулом для оценки психологического благополучия младшего школьника в образовательной среде.

Анализ фрустрированных базовых эмоций выявил высокую потребность младших школьников в безопасности. Поэтому основой исследования стала визуальная айдентика эмоциональной атрибуции потребности в безопасности и психологической помощи. Обе потребности диагностируются по типу инвертированных состояний (ребенку нужна помощь при угрозе состоянию психоэмоциональной безопасности).

2. Для каждого состояния (*опасность/безопасность; помощь нужна/я сам*) выявлен психоэмоциональный код распознавания: атрибутивные схемы эмоций переживания, манифестирования, блокировки и инверсии конкретной потребности. Это позволяет экспериментально определить типы и характер интервенций со стороны психолога. По результатам разработан визуальный тест атрибуций психоэмоциональной безопасности младшего школьника.

3. Выявлен психоэмоциональный код распознавания состояния опасности/безопасности на уровне внутреннего переживания конкретных эмоций и их внешней манифестации.

Показаны противоречия между переживанием и манифестаций эмоций «опасности» по типу защитных механизмов инверсии и отрицания. Выявлены значимые мотивы, репрезентирующие потребность ребенка в безопасности в условиях образовательной деятельности.

Выводы.

1. Психоэмоциональный код безопасности включает потребность в безопасности и принятии, мотивы аффилиции, самооценки, психофизиологического комфорта и удовольствия.
2. Главным сигналом к психологической помощи является эмоциональный дефицит стратегий совладания с опасной ситуацией. Неспособность найти выход в поведении компенсируется младшим школьником в эмоциях агрессии (*крик, злость*), аутоагрессии (*слезы, самоповреждения*) и стратегии избегания по типу внешних и внутренних защитных механизмов (*сбежать или спрятаться*).
3. Диагностической ценностью для дифференциации состояний опасности обладают эмоции *злости, стыда, страха, растерянности*. Они переживаются ребенком, но не всегда манифестируются или вербализируются. Модусом атрибуции состояния безопасности стали каникулы (референтные ситуации: *дома с родителями, на улице с друзьями*). Модусом атрибуции опасности — система оценки в школе (*опрос у доски, контрольная работа*). Атрибуты «счастья» в школе — вне учебы (*перемена и столовая*).

Потребность в помощи психолога напрямую связана с угрозой психоэмоциональной безопасности. Выявлены значимые эмоции по состояниям «опасность/безопасность» в референтных ситуациях. Максимальный индекс фрустрации регистрируется в условиях пребывания ребенка в школе (*меня не любят, я плохой*). Диапазон релятивистской шкалы психоэмоционального статуса в математической модели от -3 до 1 (вместо классической от -5 до 5). Смещение указывает на неблагополучие, индекс благополучия в минусе ($-0,25$).

Заключение. Исследование опосредованных дискурсивно-атрибутивных схем оценки психоэмоционального статуса у разных возрастных групп школьников позволило выявить объект и предмет психологической работы на каждой образовательной ступени. Выявлен фокус интервенций работы психолога с конкретизацией локуса проблемных ситуаций, указанием синдромов эмоциональных нарушений и типологией их носителей. Анализ индекса потребности в психологической помощи представлен по уровню и характеру фрустрации конкретных потребностей с указанием достоверных триггеров. Это имеет принципиальное значение для диагностики детских психологических проблем, связанных с затруднением или искажением их в прямой манифестации [5].

Библиографический список

1. Drake J. E., Winner E. How children use drawing to regulate their emotions // *Cognition and Emotion*. 2013. 27(3). P. 512–520.
2. Gendrom M., Mesquita B., Barret L. F. Emotion Perception: Putting the Face in Context. *The Oxford Handbook of Cognitive Psychology* (Ed. by D. Reysberg). Oxford University Press. 2009.
3. Clore G. L., Huntsinger J. R. How the object of affect guides its impact // *Emotion Review*. 2009. 1. P. 39–54.
4. Gasper K. Do you see what I see? Affect and visual information processing // *Cognition and Emotion*. 2004a. 18. P. 405–421.
5. Storbeck J., Clore G. L. Affective regulation of cognitive priming // *Emotion*. 2008a. 8. P. 208–215.
6. Сунрун А. П., Янова Н. Г., Носов К. А. Метапсихология: Релятивистская психология. Квантовая психология. Психология креативности. М.: URSS, 2013. 512 с.

Психическое здоровье в зрелом возрасте

Adult Mental Health

ADULT MENTAL HEALTH AND EDUCATION

**Aknin N., Professor psychoanalyst,
Rector of the Sigmund Freud University Paris,
Executive member of the World Council for Psychotherapy and the European
Association for Psychotherapy,
Vice President of European Confederation for Psychoanalytic Psychotherapy,
Paris, France**

Facing these two concepts, the one of mental health and the one of education, various tracks are opening up before us.

The first one leads us to ask whether education has a role to play to promote mental health of those who, tomorrow, will be grown-ups and, in the alternative, how it could get a tracking function and also a function of management of mental disorder.

The second one is related to the place of adults in the education system according to their mental health.

The third one would be to search how the therapeutic management of a grown-up might, itself, have an educational role in order to foster mental health.

It goes without saying that as a psychotherapist, myself, I am much more interested in considering the third of these three aspects; and also more likely to. Nonetheless, I'll say a few words about the two first ones.

I. Health education

A. Education as means of promoting mental health. Feeling comfortable and well-adjusted is, indeed, one of the main purposes of education. I say "education" and not, here, "instruction". To my ears, Instruction contents math, grammar, languages, history, geography and later, medicine, law, psychology, etc. Education aims to a general balance otherwise called mental health.

Yet this rosy picture is not always obvious since it happens that an education in the service of a power, of a beliefs system, of a dogma system causes serious damage to mental health.

One's thinking here, indeed, at the Hitlerian youth manipulated to promote hatred and violence. One's also thinking, at this more current, at all these young people—sometimes even children—that an ideology of war, so-called holy, turn within a few months into terrorists and suicide bombers.

Without going that far, shouldn't we make a distinction between education that bring up as high that possible and the one that shrinks, diminishes, reduces?

The first one is the one that respects the individual and that takes into account his uniqueness to raise bring him up as far as possible according to his skills, talents and gifts.

The second one is the one that wants make everything fit in the mold and that, doing so, force the individuals to separate from a part of themselves.

The first one is a balance factor.

The second one is, in my opinion, at the origin of mental troubles that often trigger serious diseases.

One of my client, a medical doctor and also, clinical psychologist, who never stopped her studies to become a specialist in Chinese medicine, an art therapist, ad so on and so forth developed a lot of disorders among them an autoimmune disease.

We know, of course, the influence of the Psyche over the body.

Bringing to light her life journey and specially, the values of her education, she became aware of how much her main way to be recognized was to get degrees after degrees. It was indeed an unconscious mechanism of defense, the mechanism of seduction.

However instead of being happy and thriving with the various degrees she got, she felt more and more miserable.

Helping her to remember who she really is beyond her adaptation to her education, she found out her true calling. It was poetry, writing poetry, theater, I mean playing on stage and song, singing in a choir. It was in these fields that her uniqueness was really able to express itself.

Freeing this desire, she gradually liberated a life energy deeply repressed in her unconscious and this allowed her to recover to be a healthier person.

Thus education is a vector and factor of mental health when it takes into consideration the specific nature of each one and when it adapts to this specific nature

It's education that must adapt to every one and not to every one to adapt to education.

Our mental health is at stake.

B. Education as a place of tracking mental disabilities. School, high school, college, university are clearly, nowadays, places where it's possible to track mental health disabilities.

Recent terrorists attacks show that parents never saw it coming. Similarly, relatives often are flabbergasted when a teenager suicide. They are likewise unable to

identify the first of schizophrenia that show up, frequently, around the age of 15–17.

Thus the various parties in the educational system are, since hindsight is there, and even have to be scouts, able to signal any disorder in order to avoid they degenerate.

II. Educational system and mental health deficiency

Since my topic is dedicated to adult mental health the issue is to know if there exist equal rights to education whatever their health.

It's clear that every young adult has a right to education, but it goes without saying that a mentally unbalanced person couldn't be admitted to pursue studies in order to become a therapist.

However, it's important to be careful with this since we know that Anna O, the famous Breuer's client, then Freud's one, suffered from mental disorders such as, she wouldn't likely be able today, as she did, to found and manage an orphanage.

We think also of Sabina Spielrein who was Jung's client and Freud's one, who suffered from a severe state of hysteria and, yet, became herself a psychiatrist and psychoanalyst.

Thus we maybe could say that therapy played such an educational role with Sabina than she became a psychoanalyst? This issue brings me to my central theme that is the educational role of therapy.

III. The educational role of therapy

It's therefore appropriate, in the line with what has just been said, to wonder whether a therapeutic relationship can get an educational function (A).

And if this is the case, could we come to consider that a therapeutic relationship must get an educational function (B).

A. The educational function of therapy. Whether the therapist remains silent or loquacious, the intended aim is that the client becomes aware of who he really is and that this awareness helps him to keep going and to grow.

This awareness, according to my own experience with my clients and on a personal basis, has something to deal with the unconscious and very uncomfortable feeling of identification to an object.

Let me explain.

Psychopathology allows us to observe that, many of us, due to our elders' ignorance in this respect, were welcomed and felt treated as only bodies and not persons.

There's no doubt that every individual identified first as bodies and second with the sensation to be an object, an object on which one could have all power, an object that one can let down, an object that one can break, legitimately feels terrified, lowered and goes on a guilt trip, and one of the resulting dangers is that, in turn, subsequently he'll auto-confirm the belief he's nothing else than an object. He'll get hurt, will burn his fingers,

as many circumstances that will confirm him this belief and the feeling of being guilty.

The other danger is that the one taken for an object is likely to consider the other as such and to be, that way, and also likely to hurt him.

And since it's a question of being imaginarily powerful, when one felt powerless so long, nothing better than an object to experiment the almighty illusion?

Only an object is at our mercy, not a person, unless he or she's reduced at the state of an object.

We hear often, "He or she is manipulated or he or she brake him or her". Of course it's only an object which could be manipulated or broken

Furthermore, a killer never kills a human being. He brakes an object. He thinks to keel someone that, in his killing spree, he can't see as a person but, indeed, as an object.

I remember one of the main specialists George Kohlrieser, a hostage negotiator, who has since written a couple of books on the topic, came to Paris for a lecture at my invitation around twenty-five years ago. To the astonishment of many Georges said that, "People cannot kill people." After he left a little while the room wondering what the hell he was saying, he specified, "No, I tell you this, they can't kill people, they kill objects, they kill things". Then, he demonstrated that no one is capable of negotiating with a terrorist or a hostage taker unless he sees him as a human being and forces him to consider others as human beings instead of objects.

Another way of putting this is to say that a human being cannot attempt to another human being's life without a psychic process named "objectalization".

Thus we can understand that as long as a human being feels helpless and as powerless than a cardboard box, when he can do nothing else than being at the effect of events, when he can only stay silent, then it's obvious than, reduced to the state of an object, he's deprived from his humanity.

Here are, among others, what a client in psychotherapy, would become aware of. He would understand the reasons of his phobia, he regains his power, and so on and so forth; this all boils down to one other concept: move from the state of an object who's at the effect on, to the state of a subject, a person, a human being who remember how to choose

When a patient's setting out on this difficult road it's all his education that's challenged.

And God knows how much necessary this is, since we're far away from this awareness. See, a couple of weeks ago, I talked with the caretaker of the building where I live and she said, in one word, that a toddler only eats and sleeps. Couple of weeks ago, said I, not a couple of centuries ago. Nowadays, dear colleagues.

My practice, with many people along these past three decades, allows me to say that this line of reasoning is deeply enshrined in our cells.

More again, this identification with the object could be one key to understanding our defensive mechanisms.

When we know that identification with the object is a defense against pre psychotic state, we understand that we give value to the state of object.

Unlearn how to hate, learn who to love that means leave the state of object, this is what I think is the purpose of therapy that, subsequently, has an educational function.

Here, I can't help but share with you what Mandela once said:

"I always knew that deep down in every human heart, there is mercy and generosity. No one is born hating another person because of the color of his skin, or his background, or his religion. People must learn to hate, and if they can learn to hate, they can be taught to love, for love comes more naturally to the human heart than its opposite. Even in the grimmest times in prison, when my comrades and I were pushed to our limits, I would see a glimmer of humanity in one of the guards, perhaps just for a second, but it was enough to reassure me and keep me going. Man's goodness is a flame that can be hidden but never extinguish."

And it's obvious, and we can observe Mandela's example that each individual growth has an amount of impact on the group. I mean on his or her family, his or her entourage and the whole society. The one who learns how to love and how to love himself, necessarily teaches it to others who crosses with him or her, albeit through his or her state of being.

Let's not forget that Gandhi said, *"Be the change that you want to see in the world."*

B. The necessary educational role of Therapy.

According to the Talmud, "He who saves a single life saves the whole world."

In so far as it helps to save lives, since it helps to avoid suicides, since it allows moving from survival to real life, psychotherapy plays a role in saving humanity.

Thus it certainly has an educative role.

First with respect to the patient (a), and second with respect to society (b).

a. With respect to the patient. We've been wondering for a long time whether the therapist has to share his "science" with his patient or not and there are still some of them who keep, for themselves and for scientific conventions, all their knowledge.

But goes for medicine goes also for psychotherapy.

My sister, suffering from a chronic bronchitis recently shared with me how joyful it was for her to be taught about her disease. She attended a lecture about the origin of her symptoms and, ever since she's able to visualize the affected organs and to be, as far as possible, an actor of her illness.

It is essential, in my opinion, to explain patients what's going on.

I would say from experience that when we consider people peer-to-peer yet without disregard the therapist skills and competency, outcomes are quite different.

As we all know well, one of the most frequent situations we meet in therapy are belittling and underestimation.

When patients suffer from low self-esteem, this is often mixed with feelings expressing an unconscious desire to go out from the state of identification as object.

It also goes with a guilt trip (if I do not know, it's my fault, I am not able to, etc.) and guilt has got the unconscious value of saving from psychopathy.

Actually we say that psychopaths do not feel any guilt. Could we thus hypothesize, since denial is a psychotic defense, that there would be denial of an unbearable guilt?

And because we know that guilt is as belief which confirm itself by unconscious process, could we suppose that sensation of guilt be replaced by just recognition of mistakes from which we may propose to learn?

Suffering from low esteem also goes with the feeling of shame. Be ashamed of existing in the face of others and this could add angry to guilt.

It's, at least, mixed with fear, if not terror. (If I get to know, what am I going to find out that I have no right to know? What's going to be punishment associated with educational prohibitions?)

Aren't we here, dear colleagues, at the very heart of mental suffering?

And if we explain to our patients the process, the origin of anxiety, the mechanisms, the way to get free of fears, shames and feeling of guilt to go towards individuation, we give them efficient tools to meet again who they really are.

At the SFU-Paris, we can observe the evolution of the students who follow a curriculum in which are mixed theory and experimentation of this very theory we call integration or Self awareness

The recurring issue in class is, "What in this theory resonates for you? How are you going to use it to know yourself better? And we are proud enough when supervisors from various places where students do internships tell us that our students are very mature.

When science meets psychology acknowledge:

According to quantic science, we are an universal atom of consciousness, unique, eternal and interconnected. As Jungian psychoanalysts, we call this atom the Self. Being teaching therapists we can lead our patients towards a maieutic approach allowing to reborn to our true Self, to reality of who we really are, subjects and non objects, the Unique Self which allows the individuation process as Carl G. Jung would say.

Françoise Dolto, famous French psychotherapist, used to say that when you tell children their story, we can help them and, if necessary, help them to get rid of their troubles. They can find over there coherency with a truth engraved in the memory data bank of their Psyche if not of their DNA.

It goes without saying that what it can be done with children could also be done with adults.

Our science is growing very quickly at this time and researches are more and more effective.

Then, are we going to question our positioning of therapist? Are we going to lose our authority? Are we going to belittle the effect of positive transference if we have an educational role with our patients?

I do not think so.

In my opinion, we're going to move from a hierarchy of power—that is an illusion- to a hierarchy of compe-

tency. Far from shrinking us this positioning helps us to grow up.

Consequently I'm inclined to propose us not to keep any longer for us what we know but to share it and, more again, to teach it so as to increase the efficiency of the therapy. Doing so you are not only a psychoanalyst or a psychotherapist a teacher, in a broad sense, and this other function will certainly serve the other one.

b. With respect to society. As therapists, we're at the heart of what's going on inside the human soul.

We understand fears, terrors, anxiety, unease that make our societies not doing as fine as we'd like. Not only we understand, not only we know, but they causes the troubles we suffer from as well as individuals as collectivity. Not only we understand, not only we know but also we have effective tools to stimulate healing of those troubles. So, Yes, dear colleagues, I dare say, we are the teachers at the school of Life. Is'n it really one of main needs for 21st century.?

Thanks a lot for your attention.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ПЕРСОНАЛА АЭС – ЭФФЕКТИВНЫЙ БАРЬЕР ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НЕПРАВИЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПЕРСОНАЛА

**Андрюшина Л. О., к. псих. н.,
главный специалист Управления кадровой работы и профессиональной подготовки
персонала российских и зарубежных АЭС АО «Концерн Росэнергоатом»,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Статья посвящена рассмотрению опыта психологической работы на атомных станция РФ.

На сегодняшний день ошибки персонала совершенно исключить не возможно. Никакая деятельность человека или система, им созданная, не могут избежать ошибок. Но обеспечение надежности и безопасности предприятия атомной энергии жизненно необходимо и достигается целым комплексом не только технических, но и организационных мероприятий.

Ключевые слова

Предупреждение неправильных действий персонала; психофизиологическое обследование; психологическая и психофизиологическая поддержка; психолого-педагогическое сопровождение процесса обучения; психологическая служба; профессионально важные личностные качества; надежность человеческого фактора.

PSYCHOLOGICAL READINESS OF NUCLEAR POWER PLANT STAFF IN HELPING PREVENT WRONG ACTIONS OF STAFF

**Andryushina L. O., PhD (Psychology),
Chief Specialist, Department of Staff and Training Management at the Russian and
Foreign Nuclear Power Plants Rosenergoatom Concern JSC,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

This article is dedicated to the experience of psychological work carried out on workers at a Russian nuclear power plant.

Nowadays, it is impossible to entirely exclude human errors. No person or system created by humans can avoid mistakes. Ensuring reliability and safety of nuclear energy is vitally important and it can be achieved by a set of not only technical, but also organizational actions.

Key words

Prevention of wrong actions of the personnel, psychophysiological examination, psychological and psychophysiological support, psychopedagogical support of training process, psychological service, important professional and personal qualities, reliability of the human factor.

Когда упоминают атомную энергетику, в первую очередь говорят о высокотехнологическом оборудовании, о сложных производственных процессах, и,

конечно, о высококвалифицированном персонале. Но хотим мы этого или не хотим, так же вспоминаем трагедию на Чернобыльской АЭС. На сегодняшний день

совершенно невозможно полностью исключить ошибки персонала. Никакая деятельность человека или система, им созданная, не могут избежать ошибок. Но обеспечение надежности и безопасности предприятия атомной энергетики жизненно необходимо и достигается целым комплексом не только технических, но и организационных мероприятий. Система способствует сокращению до минимума приемлемого уровня ошибок персонала посредством непрерывного процесса выявления рисков и управления ими.

В атомной отрасли существует развитая иерархическая и многоуровневая система предупреждения неправильных действий персонала, одним из составных элементов которой является лаборатория психофизиологического обеспечения (далее — ЛПФО).

Основной целью деятельности ЛПФО является практическое решение комплексных задач по повышению и поддержанию должного уровня надежности человеческого фактора, направленное на обеспечение безопасной и эффективной работы АС в соответствии с требованиями законодательных и иных нормативных правовых актов Российской Федерации и отраслевых норм и правил, регулирующих данную деятельность.

Основными задачами ЛПФО (бизнес-процессами) являются: проведение психофизиологического обследования работников АС; проведение мероприятий по психологической и психофизиологической поддержке работников АС; проведение мероприятий по повышению культуры безопасности в рамках деятельности ЛПФО, социально-психологическая поддержка представителей работодателя и работников АС; психолого-педагогическое сопровождение процесса обучения работников АС. Работа в данных направлениях позволяет комплексно подходить к оценке и дальнейшему сопровождению персонала.

Сегодняшняя позиция работы с персоналом стоит в следующем: человек не слабое, а сильное, ключевое звено в процессе производства и управления. Правильный подбор людей, планирование их на конкретные рабочие места, правильный учёт тех требований, которые предъявляются к персоналу на этих рабочих местах, продление профессионального долголетия, вся эта работа позволяет повышать эффективность и безопасность работы АС.

Немного из истории создания психологической службы на АС.

В 1954 г. создана первая экспериментальная атомная станция в г. Обнинск.

В 1979 г. на атомной электростанции США Три-Майл-Айленд произошла авария, связанная с ошибками оператора.

Тогда еще СССР, серьезно отреагировал на эти события. Правительство страны, Министерство среднего машиностроения и Минэнерго выпустили соответствующие постановления и приказы о внесении изменений в систему подготовки кадров для АЭС и предприятий, использующих атомную энергию. Были приняты решения о создании лабораторий психофизиологического профотбора, кабинетов психологической разгрузки для персонала.

В Минэнерго задачу разработки научной базы психофизиологического профотбора и социологических исследований было поручено ученым вуза, который готовил кадры для атомных станций. Был подписан Приказ Минвуза СССР и Минэнерго СССР «Об организации отраслевой научно-исследовательской лаборатории (ОНИЛ) „Прогресс“» в МИФИ.

Начало работы «Прогресса» — 1 января 1982 г. Руководителем лаборатории была назначена Владлена Николаевна Абрамова, в ту пору кандидат психологических наук, в настоящее время доктор психологических наук, профессор, научный руководитель ОНИЦ «Прогноз», профессор кафедры психологии филиала НИЯУ МИФИ — ИАТЭ.

С 1984 г. был начат прием на работу психологов в учебно-тренировочные центры Смоленской и Нововоронежской АЭС.

Так было положено начало становления и развития психологической службы в атомной энергетике.

В 2005 г. ЛПФО АС были выделены из состава УТП/УТЦ АС в самостоятельные подразделения под непосредственным руководством заместителей директора по управлению персоналом АС.

Каждый работник АС наделен индивидуальными особенностями мышления, восприятия и оценки ситуации, коммуникации и т. д. и в ходе своей трудовой деятельности каждый день специалисты выполняют те или иные действия, многие из которых непосредственным образом влияют на безопасность, и, к сожалению, ни один из работников не застрахован от ошибки. Цена ошибки на объекте использования атомной энергии может быть крайне высокой. Поэтому каждому работнику отрасли важно предпринимать максимум усилий для того, чтобы свести к минимуму вероятность допущения ошибочных действий. Работая над профессионально важными личностными качествами, персонал развивается и совершенствуется, тем самым определяя успешность в работе [1].

Эффективность системы предупреждения неправильных действий персонала определяется основными ценностями личности, организации, государства. Система ценностей формирует единство взглядов, действий и вовлеченности персонала организации.

Специалисты ЛПФО проводят мониторинг системы ценностей и мотивации персонала. Наиболее значимой ценностью является «безопасность» в разных ее проявлениях: от потребности в точном выполнении всех правил до осознания и предупреждения рисков. Так же проводятся исследования оценки индикаторов культуры безопасности, климата в производственных коллективах, подбор и комплектование смен с учетом деловой и психологической совместимости. Результаты и анализ комплексных исследований позволяют найти оптимальные пути и методы совершенствования производственных процессов.

Высокопрофессиональный персонал — это еще один барьер предотвращения ошибок. Люди, работающие в атомной энергетике — высококвалифицированные специалисты, знающие и любящие свое дело, умеющие работать в ситуациях жесткой регла-

ментации и безупречного исполнения норм и правил культуры безопасности. Профессионализм определяется профессионализмом деятельности, куда входят компетентность, квалификация и стабильные результаты и профессионализм личности, определяющейся важными личностными качествами, уровнем мотивации и ценностными ориентациями.

При проведении обучения в учебно – тренировочных подразделениях должное внимание уделяется не только техническим компетенциям, но и психологической подготовке персонала АС. Психологическая подготовка выделена в отдельный раздел в программах подготовки на должность, поддержания квалификации персонала. Совокупность индивидуальных физиологических и психологических возможностей и ограничений составляет основу ЧФ и наряду с профессиональными навыками определяет действия операторов в экстремальных ситуациях [2].

Специалисты ЛПФО проводят тренинги, аудиторные занятия, осуществляют сопровождение противоаварийных тренировок при подготовке на должность проводят сеансы с использованием биологической обратной связи (БОС-технологии).

Психологическая поддержка персонала является дополнительным эффективным барьером предотвращения неправильных действий за счет профилактики нервно-психического напряжения, продления профессионального долголетия.

Психологическая поддержка персонала – это комплекс мероприятий, направленных на обеспечение профессиональной надежности, сохранения, поддержания и повышения уровня профессиональной работоспособности и успешности деятельности работников. В психологической поддержке проводятся как индивидуальные, так и групповые занятия.

Благодаря типовой программе, ЛПФО АЭС оснащены самым современным оборудованием. Это система комплексного компьютерного исследования функционального состояния организма человека «ОМЕГА-М», которая позволяет объективно без мотивационных искажений бессимптомные физиологические отклонения.

Реабилитационный психофизиологический комплекс для тренинга с биологической обратной связью «РЕАКОл – уникальная технология, использование которой позволяет поддерживать и улучшить систему саморегуляции.

Массажные кресла позволяют осуществлять глубокую мышечную релаксацию, воздействовать на вегетативную систему регуляции, повышая тем самым стрессоустойчивость.

В программе психологической поддержки используется оборудование сенсорной комнаты. Свет и цвет оказывает мощное воздействие на организм человека, гармонизируя его состояние, влияя на эмоциональную сферу и работоспособность.

Сравнительный анализ индексов тревожности, напряженности и функционального состояния выявил положительную динамику исследуемых показателей после проведения мероприятий по психологической поддержке на статистически высоком уровне значимости, что свидетельствует об эффективности мероприятий с использованием психологической поддержки, проводимых специалистами ЛПФО.

Результативность системы предупреждения неправильных действий персонала выражается в снижении числа нарушений на АС. И деятельность ЛПФО вносит достойный вклад в эффективность системы предупреждения неправильных действий персонала и повышение надежности человеческого фактора.

Библиографический список

1. *Абрамова В. Н.* Труды психологической службы в атомной энергетике и промышленности. Тенденции в нарушениях в работе атомных станций: динамика ошибок персонала. Т. 4.
2. *Алюшин М. В., Колобашкина Л. В.* Информационные технологии принятия решений в условиях конфликта. Ч. II. Оптимальное поведение и психоэмоциональное состояние. М.: НИЯУ МИФИ, 2010.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПЕДАГОГОВ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Ахинько Н. Н.,

**старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин, педагог-психолог,
ФГБОУ ВО «Орловский государственный аграрный университет»,
г. Орёл, Россия,**

**Карякина С. Н., к. псих. н., доцент кафедры социальной психологии и акмеологии,
ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И. С. Тургенева»,
г. Орёл, Российская Федерация**

Аннотация

Статья посвящена исследованию степени выраженности симптомов эмоционального выгорания и сформированности его фаз у преподавателей высшей школы и среднего профессионального образования.

Ключевые слова

Эмоциональное выгорание, симптомы эмоционального выгорания, фаза эмоционального выгорания, психическое здоровье.

TEACHERS EMOTIONAL BURNOUT AS A FACTOR OF INDIVIDUAL MENTAL HEALTH DECREASE AT THE WORKPLACE

Akhinko N. N.,

Senior Lecturer of Department of Humanities, Educational Psychologist,
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Orel State
Agrarian University",
Orel, Russia,

Karyakina S. N., PhD (Psychology),

Associate Professor of the Department of Social Psychology
and Acmeology Orel State University named after I. S. Turgenev,
Orel, Russian Federation

Abstract

The article investigates the degree of manifestation regarding the emotional burnout symptoms and its development among teachers of higher school and secondary vocational education.

Key words

Emotional burnout, emotional burnout symptoms, emotional burnout phase, mental health.

Современный мир характеризуется динамичностью, интенсивностью происходящих в нём процессов и событий, которым человек как личность и профессионал должен соответствовать, чтобы быть успешным и востребованным. В связи с этим важно уметь быстро перестраиваться, принимать решения, адекватно реагировать на изменяющиеся условия жизнедеятельности и при этом сохранить свой личностный потенциал и гармонию с окружающим миром. Такой насыщенный ритм жизни порой приводит к повышенному психоэмоциональному напряжению и даже истощению, к профессиональным конфликтам и стрессам, «к возникновению дегуманизации, агрессивности, пессимизма, тревожности и иных разрушающих личность состояний и качеств» [1]. Все перечисленные симптомы негативно сказываются на профессиональной деятельности и психическом здоровье человека. Длительные или часто переживаемые конфликтные ситуации приводят к профессиональным деструкциям и развитию так называемого синдрома эмоционального выгорания. В профессиональную группу людей, подверженных этому синдрому, как правило, относят преподавателей, врачей и других специалистов, функционирующих в сфере «человек—человек».

В данном исследовании мы рассматриваем степень выраженности симптомов эмоционального выгорания и сформированность его фаз у преподавателей, работающих в сфере высшего и среднего профессионального образования г. Орла. Выборку составили 32 педагога, 17 из которых — преподаватели университета (ПУ), 15 — педагоги колледжа (ПК).

В эмпирическом исследовании мы пользовались методикой В. В. Бойко «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» [2, с. 467–469], которая дала нам возможность подробно изучить картину эмоционального выгорания у педагогов разных учебных заведений. В первую очередь мы выявляли степень выраженности симптомов эмоционального выгорания (табл. 1). В таблице значения 1–12 — симптомы выгорания:

- 1) переживание психотравмирующих обстоятельств;
- 2) неудовлетворенность собой;
- 3) «Загнанность в клетку»;
- 4) тревога и депрессия;
- 5) неадекватное эмоциональное избирательное реагирование;
- 6) эмоционально-нравственная дезориентация;
- 7) расширение сферы экономии эмоций;
- 8) редукция профессиональных обязанностей;
- 9) эмоциональный дефицит;
- 10) эмоциональная отстраненность;
- 11) личностная отстраненность;
- 12) психосоматические и психовегетативные нарушения.

У ПУ выявлены следующие сложившиеся симптомы эмоционального выгорания: «переживание психотравмирующих обстоятельств» (21,1), «расширение сферы экономии эмоций» (18,8), «редукция профессиональных обязанностей» (17,1).

К складывающимся симптомам относятся «психосоматические и психовегетативные нарушения» (14,2),

«эмоциональная отстраненность» (14,1), «эмоциональный дефицит» (13,9), «неадекватное эмоциональное избирательное реагирование» (13,7), «эмоционально-нравственная дезориентация» (13,6), «неудовлетворенность собой» (12,7), «личностная отстраненность» (12,6), «тревога и депрессия» (10,9).

Несложившимся симптомом у группы ПУ является «загнанность в клетку» (9,7). Это значит, что данная категория испытуемых не ощущает интеллектуально-эмоционального затора, тупика.

У ПК сложившихся симптомов эмоционального выгорания личности не выявлено. К складывающимся симптомам относятся «эмоциональный дефицит» (11,3), «неадекватное эмоциональное избирательное реагирование» (10,9), «тревога и депрессия» (10,6), «редукция профессиональных обязанностей» (10,3), «эмоционально-нравственная дезориентация» (10,1).

Такие симптомы эмоционального выгорания, как «переживание психотравмирующих обстоятельств» (8,6), «личностная отстраненность» (8,2), «расширенные сферы экономии эмоций» (7,9) «психосоматические и психовегетативные нарушения» (7,4), «эмоциональная отстраненность» (5,7), «неудовлетворенность собой» (4,8) и «загнанность в клетку» (4,8) у преподавателей ПК не сложились.

В результате сравнительного анализа полученных количественных и качественных показателей двух экспериментальных групп можно предположить, что в высшем учебном заведении педагоги чаще и больше испытывают на себе влияние психотравмирующих факторов и вынуждены прибегать к различным вариантам психологической защиты.

С помощью той же методики мы выявляли степень сформированности фаз эмоционального выгорания: напряжение, резистенция и истощение (табл. 2).

Анализ полученных результатов показал, что у ПУ сложились все фазы эмоционального выгорания. Сформировавшаяся фаза эмоционального выгорания «Напряжение» связана с таким доминирующим симптомом, как «переживание психотравмирующих обстоятельств». Это означает, что преподаватели испытывают значительное воздействие психотравмирующих факторов, нарастающее напряжение, которое выливается в отчаяние и негодование, неразрешимость ситуации приводит к развитию эмоционального выгорания.

Фаза «Резистенция» сложилась на фоне таких сформировавшихся симптомов, как «расширение сферы экономии эмоций» и «редукция профессио-

нальных обязанностей». Очевидно, данная форма защиты осуществляется вне профессиональной сферы, т. е. в общении с родными, друзьями. На работе эти люди держатся в соответствии с нормативами, а дома замыкаются. Очевидно, эти педагоги проявляют попытки облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. Одним из примеров такого упрощения является недостаток элементарного внимания к студентам и коллегам.

Формирование фазы «Истощение» связано с такими сложившимися симптомами эмоционального выгорания, как: «личностная отстраненность», «психосоматические и психовегетативные нарушения». Это проявляется в процессе общения в виде частичной утраты интереса к субъекту профессиональной деятельности. Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики свидетельствует о том, что эмоциональная защита — выгорание — самостоятельно уже не справляется с нагрузками, и энергия эмоций перераспределяется между другими подсистемами индивида.

У преподавателей ПК ни одна из фаз эмоционального выгорания не сформирована, все они находятся в стадии формирования.

В целом, итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания у испытуемых ПУ (170,3) значительно выше, чем у испытуемых ПК (98,7). Итоговый показатель синдрома эмоционального выгорания является суммой показателей всех 12 симптомов (табл. 1).

Таким образом, у педагогов, отнесенных нами к группе ПК, синдром эмоционального выгорания имеет среднюю степень выраженности, т. е. говорить о сформировавшемся синдроме мы не имеем оснований. У педагогов, отнесенных нами к группе ПУ, синдром эмоционального выгорания сформирован. Это даёт нам основание предположить, что в высшем учебном заведении психотравмирующих факторов больше по сравнению с образовательным учреждением среднего профессионального образования.

Мы считаем полезным проведение повторного исследования на базе расширенной выборки, что может позволить выявить и детально изучить факторы вызывающие эмоциональное выгорание, закономерности этого явления, значимые для профилактики и преодоления эмоционального выгорания педагогов. Использование расширенной эмпирической информации способно выступить плодотворной почвой для создания психотехник, обучая которым педагогов, мы можем

Таблица 1. Выраженность симптомов эмоционального выгорания испытуемых (среднее значение)

Группа испытуемых	Симптомы выгорания											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ПУ	21,1	12,7	9,7	10,9	13,7	13,6	18,8	17,1	13,9	14,1	12,6	14,2
ПК	8,6	4,8	4,8	10,6	10,9	10,1	7,9	10,3	11,3	5,7	8,2	7,4

Таблица 2. Фазы эмоционального выгорания педагогов (среднее значение)

Группа испытуемых	Фазы выгорания			Уровень синдрома эмоционального выгорания
	Напряжение	Резистенция	Истощение	
ПУ	53,8	62,3	54,1	170,3
ПК	28,2	38,9	32	98,7

предотвратить формирование неконструктивных поведенческих паттернов, сориентировать их на более эффективные решения выхода из конфликтных ситуаций, складывающихся в сфере педагогической деятельности, чтобы предотвратить развитие синдрома эмоционального выгорания. Наша работа позволяет указать на значимость деятельности психолога в любой орга-

низации, каков бы ориентир ее не был: будь то высшее учебное заведение или другое профессиональное учреждение. Психологическое сопровождение в решении педагогом жизненных и профессиональных проблем выступает одним из факторов сохранения личностного потенциала, его разнообразных ресурсов и психического здоровья человека в целом.

Библиографический список

1. Зеер Э. Ф. Психология профессий. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003.
2. Ильин И. П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2003.

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ РЕВНОСТИ

Гаранян Н. Г., д. псих. н.,
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования города Москвы
«Московский городской психолого-педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Рассматриваются идеи когнитивной модели ревности. Приводятся результаты исследования 150 испытуемых; показано, что лица с интенсивным переживанием ревности характеризуются дезадаптивными когнитивными схемами, деструктивными стратегиями совладания, симптомами депрессии, тревоги, беспокойства. Результаты свидетельствуют о выраженном неблагополучии этих испытуемых. Подход к терапии ревности должен опираться на развернутую концептуализацию индивидуального маршрута к этой проблеме.

Ключевые слова

Ревность, когнитивные схемы, стратегии совладания, депрессия, тревога, когнитивная психотерапия.

PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY OF JEALOUSY

Garanian N. G., Psy. D.,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Cognitive model of jealousy is described. 150 subjects were enrolled into the study linking jealousy to maladaptive cognitive schemas, destructive coping strategies, symptoms of depression, anxiety and worry. Psychotherapeutic approach must rely upon a detailed conceptualization of an individual's rout into jealousy.

Key words

Jealousy, cognitive schemas, coping strategies, depression, anxiety, cognitive psychotherapy.

В современных условиях ревность становится мощным фактором неблагоприятных демографических и социальных явлений — подростковой и юношеской агрессии, жестокого обращения с партнером, семейного насилия, частых семейных конфликтов, разводов и даже убийств [3, 4]. Переживания ревности служат частым поводом для обращения к консультирующим психологам и психотерапевтам. По наблюдениям американских коллег, примерно треть обращений за помощью связана с проблемой ревности [10]. Дополнительным стимулом к изучению ревности становятся

данные о том, что обнаружение измен партнера может вызывает полномасштабное ПТСР [5].

С целью лучшего понимания феномена ревности учеными разработано несколько подходов: эволюционный, психосоциальный, психодинамический, системный семейный и когнитивно-бихевиоральный [8, 9]. Одновременно с констатацией широкого распространения ревности ведущие специалисты отмечают дефицит исследований, направленных на верификацию различных моделей ревности и определение ее психологических факторов. Вопреки отчетливым ука-

занятиям психотерапевтов о связи ревности с симптомами депрессивных и тревожных расстройств, эта связь очень мало изучена с помощью надежных инструментов. Проверка этого положения клиническими психологами кажется особенно важной в свете попыток выделить разные типы ревности. Не прошла достаточной проверки идея о ненадежной привязанности как факторе ревности у взрослых лиц. Не достигнуто отчетливое понимание того, как характеристики детства и подросткового возраста влияют на наличие и протекание ревности у взрослых людей. Практически не изученными остаются идеи о связи ревности с дисфункциональными когнитивными схемами.

Оптимальные возможности для эмпирического исследования ревности открывает *современная когнитивная теория* [7]. Авторы рассматривают небредовую ревность как самостоятельную форму тревожного расстройства, в которой беспокойство сплавлено с гневом (*angry worry*). Согласно данной теории, ревность активизирует ряд поведенческих и когнитивных стратегий, направленных, с одной стороны, на контролирование ситуации, собственных чувств или мыслей, а с другой — на попытки минимизировать угрозу. Теория описывает целый ряд переменных, которые включает синдром ревности, каждая из которых легко трансформируется в *мишень терапевтической работы*.

- 1. Ошибочная переработка текущей информации на основе дисфункциональных когнитивных схем.** Поскольку интенсивная ревность в данной модели трактуется как расстройство тревожного спектра, то предполагается, что ее характеризует гиперчувствительность к возможным угрозам. Следовательно, ревнивец может ложно интерпретировать нейтральные события, как угрожающие, с помощью типичных когнитивных ошибок (например, чтения мыслей, персонализации, генерализации и т. д.).
- 2. Эмоциональные схемы.** Ревнивец попадает в тиски двух собственных убеждений, также типичных для тревожных расстройств. Он полагает, что его переживания отчасти выполняют полезную функцию, так как служат важным сигналом, который может предупредить нежелательное событие — потерю, измену и т. д. С другой стороны, у него одновременно активизируется эмоциональная схема, сообщающая о том, что ревность (или амбивалентность в чувствах по отношению к партнеру) неконтролируема, опасна и непереносима.
- 3. Базовые убеждения.** Ревность находится в зависимости от базовых убеждений о себе, таких как уверенность в собственной дефективности, обреченности, или же в собственном превосходстве. Могут играть свою роль и убеждения о том, что другим людям нельзя доверять, они манипуляторы, могут бросить в одиночестве, или же являются второсортными, более низкими по статусу.
- 4. Метакогнитивные процессы.** Ревнивец боится расслабиться, потерять контроль, и таким образом

упустить угрозу. Соответственно, как при любой тревоге, он постоянно предается мыслям о ревности, полагая, что они — его помощники. Одновременно он парадоксальным образом он убежден в необходимости контролировать и подавлять их.

- 5. Низкая толерантность к неизвестности/неопределенности.** Ревнивец предполагает, что незнание о «настоящих» действиях партнера невыносимо, следовательно, предпринимает попытки по заполнению этого незнания. **Патологические методы межличностного совладания.** Ревнивец всегда предполагает, что он должен знать, что происходит, контролировать ситуацию и что-то по этому поводу предпринимать. Следовательно, он использует патологические способы межличностного совладания с ревностью, которые приводят только к большей неуверенности.

Подвергались проверке гипотезы о связи ревности с дисфункциональными когнитивными схемами и стратегиями совладания [1, 11]. В исследовании 150 испытуемых студентов (средний возраст 21 + 1,7; 87 девушек, 63 юноши) оценивались показатели ревности, эмоционального неблагополучия (симптомы депрессии и тревоги), выраженности дисфункциональных когнитивных схем и способов совладания с ревностью. Приведем наиболее информативные результаты.

Испытуемые с интенсивной ревностью характеризуются более высокими показателями депрессии и тревоги, чем испытуемые с умеренной интенсивностью этого переживания. Этот результат отчетливо свидетельствует о том, что небредовая ревность может стать достойным предметом для изучения клиническими психологами.

Испытуемые, склонные к переживанию высокоинтенсивной ревности, характеризуются большей выраженностью различных дисфункциональных когнитивных схем, что можно интерпретировать как признак общего личностного неблагополучия: зависимости, уязвимости, сверхтесных связей/отсутствия границ, запретности проявления эмоций, недостаточного самообладания, поиска похвалы, негативизма/пессимизма. Таким образом, спектр дисфункциональных когнитивных схем, сопряженных с ревностью, достаточно широк. Этот факт говорит об универсальности переживаний ревности. Испытуемые с самыми разными когнитивными схемами и, соответственно, историями жизни имеют высокие показатели ревности. Во-вторых, этот факт говорит о разнообразии психологических механизмов, порождающих мучительную ревность в партнерских отношениях.

На основе модели Л. Герреро [6] был разработан оригинальный опросник «Стратегии совладания с ревностью»; с помощью факторного анализа выделено 9 шкал — факторов, соответствующих разным копинг-стратегиям: 1) деструктивная коммуникация; 2) избегание/отрицание; 3) слежение/ограничение свободы; 4) самоусовершенствование/восстановление отношений; 5) угрозы/агрессивная коммуникация; 6) выражение негативного аффекта; 7) юмор/принятие; 8) дистанцирование/разрыв; 9) установление контакта с

соперником. Выявленные в стратегии делятся на два основных типа: конструктивные и деструктивные. Деструктивные способы совладания с ревностью положительно связаны с показателями эмоционального неблагополучия (депрессии, тревоги и беспокойства).

Испытуемые с большой выраженностью ревности значительно чаще используют деструктивные способы совладания — деструктивную коммуникацию, выражение негативного аффекта, угрозы, агрессивную коммуникацию, установление контакта с соперником, дистанцирование, разрыв отношений. Лица с низкой и средней интенсивностью ревности чаще реагируют на это тяжелое переживание юмором и принятием. Испытуемые с высоко интенсивной ревностью в большей мере используют средства новых технологий: слежение за партнером с помощью различных интернет-ресурсов, мобиль-

ных телефонов, электронной почты, социальных сетей.

Полученные результаты свидетельствуют о сложной детерминации ревности. В ее происхождении и поддержании действуют когнитивные, аффективные и поведенческие переменные. Они также демонстрируют парадоксальность этого переживания: усилия, предпринятые для сохранения отношений и редукации ревности, провоцируют обратные эффекты — отдаление от партнера с риском разрыва и углубление исходного неблагоприятного состояния.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженном неблагополучии испытуемых юношеского возраста с выраженными переживаниями ревности. Подход к терапии ревности должен опираться на возвращенную концептуализацию каждого индивидуально-го маршрута к этой проблеме.

Библиографический список

1. *Гаранян Н. Г., Серебряная А. В.* Ревность и дисфункциональные когнитивные схемы // Журнал консультативной психологии и психотерапии. 2013. № 1. С. 20–41.
2. Фрейд З.; *Freud S.*, 1922; *Yates C.*, 2000.
3. *Круглова Т. В.* Ревность как мотив совершения преступления и ее уголовно-правовое и криминологическое значение: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М.: Российский университет дружбы народов, 2003. 169 с.
4. *Полеев А.* На почве ревности. [Электронный ресурс]. 06.04.01. — http://www.trud.ru/article/02-04-2001/22043_na_pochve_revnosti.html. (дата обращения 05.04.2012).
5. *Ellis A.* The Treatment of Morbid Jealousy: A Rational Emotive Behavior Therapy Approach // Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. 1996. No. 1. P. 23–33.
6. *Guerrero L. K.* Attachment-style differences in the experience and expression of romantic jealousy // Personal Relationships. 1998. No. 5. P. 273–2.
7. *Leahy R. L., Tirch D. D.* Cognitive behavioral therapy for jealousy // International journal of cognitive therapy. 2008. No. 1. P. 18–32.
8. *Pines A. M.* Romantic jealousy: causes, symptoms, cures. New York: Routledge, 1998. 293 p.
9. *Sharpsteen D. J., Kirkpatrick L. A.* Romantic jealousy and adult romantic attachment // Journal of Personality and Social Psychology. 1997. No. 3. P. 627–640.
10. *White G. L.* Romantic Jealousy: Therapists' Perceptions of Causes, Consequences, and Treatments // Journal of Couple and Relationship Therapy. 2008. No. 3. P. 210–229.
11. *Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M. E.* Schema therapy. New York: Guilford press, 2003. 436 p.

САНОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ СУПЕРВИЗИИ В СОХРАНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЯХ

Городнова М. Ю., к. м. н., доцент,
 ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет
 им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения России
 Национальный государственный Университет физической культуры, спорта
 и здоровья имени П. Ф. Лесгафта
 Россия, Санкт-Петербург

Аннотация

Исследован опыт супервизии у специалистов наркологического стационара. Представлена модель групповой обучающей супервизии разработанная в рамках гештальт-подхода. Исследована динамика эмоционального выгорания у 30 специалистов с опытом групповой супервизии. Показана положительная динамика редукации эмоционального истощения и деперсонализации, рост профессиональной успешности у специалистов участников супервизионной группы.

Ключевые слова

Профессиональное здоровье, супервизия, синдром эмоционального выгорания.

SANOGENIC EFFECT OF SUPERVISION IN MAINTAINING PROFESSIONAL HEALTH IN THE CARING PROFESSIONS

**Gorodnova M. Yu., PhD (Medicine), Associate Professor,
North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov,
Ministry of Health of the Russian Federation, Lesgaft National State University of
Physical Education, Sport and Health,
Saint Petersburg, Russian Federation**

Abstract

The paper investigates the experience of supervision among specialists of a narcological hospital and presents a model of group supervision training developed within the Gestalt therapy. We explored the dynamics of emotional burnout among 30 specialists who had the experience in supervision group. Furthermore, we discovered the positive dynamics of reduction of emotional exhaustion and depersonalization, as well as the growth of professional success among the participants of the supervision group.

Key words

Professional health, supervision, emotional burnout.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) распространен среди всех социономических профессий и даже фиксируется среди студентов, которые еще не сдали выпускных экзаменов. По нашим данным более 70% специалистов психиатрического профиля и будущих специалистов по адаптивной физической культуре имеют те или иные проявления СЭВ, и только 10,5% специалистов наркологического стационара не имеют его проявлений [2–4].

Проявления СЭВ непосредственно влияют на профессиональные компетенции связанные с установлением контакта между специалистом и пациентом. Выявленная связь между проявлениями данного синдрома и эффективностью профессиональной деятельности заставляет искать способы его преодоления и профилактики. Активно использовать баллинтовские группы и супервизию для профилактики эмоционального выгорания предлагают ряд авторов [1, 4, 5].

Целью нашего исследования является апробация и проверка саногенного потенциала разработанной на основе гештальт-подхода модели обучающей групповой супервизии.

Материалы и методы. Проверка саногенного потенциала разработанной модели обучающей групповой супервизии проведена в группе участников супервизии — 30 специалистов наркологического стационара (21 женщина и 9 мужчин) (4 врача психиатра-нарколога, 3 психотерапевта, 15 психологов, 2 специалиста по социальной работе, 6 социальных работников). Средний возраст специалистов $41,8 \pm 1,62$ года (от 25 до 56 лет), стаж работы по специальности $9 \pm 1,19$ года (от 1 до 20 лет), наименьший стаж был у социальных работников, которые в большинстве своем имели опыт выздоровления от зависимости. Для подтверждения эффективности модели было проведено сравнение выраженности и динамики СЭВ с результатами контрольной группы (30 чел., 21 женщина и 9 мужчин), представленной работниками наркологического стационара, не прошедшими супервизию (5 социальных работников, 3 специалиста по социальной работе, 3 врача-пси-

хотерапевта, 4 психиатра-нарколога, 15 психологов), средний возраст $39,0 \pm 1,52$ года, стаж работы в наркологии $9,3 \pm 1,13$ года. По половому, профессиональному, возрастному составу, продолжительности стажа и выраженности синдрома эмоционального выгорания на момент начала работы супервизионной группы контрольная и основная группы были однородны.

Выраженность и структура СЭВ определялась с помощью опросника «Профессиональное выгорание вариант для медицинских работников» русскоязычная версия Н. Водопьянова, Е. Старченкова (2008), построенного на основе модели «психического выгорания» К. Маслач и С. Джонсона. Опросник позволяет диагностировать интегральный показатель выгорания и уровень профессионального выгорания по трем субшкалам: эмоциональное истощение, деперсонализация/цинизм, редукция профессиональных достижений.

Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS — 20, с использованием частот, описательной статистики, непараметрических критериев для независимых и связанных выборок: Краскелла—Уоллеса, Манна—Уитни, Уилкоксона.

Результаты и обсуждение. Результаты, сделанного нами ранее исследования, выявившего тесные связи между проявлениями синдрома эмоционального выгорания и эмпатическими способностями специалиста [4], подвигли нас к следующему размышлению. В основе редукции профессиональных эмпатических способностей (эмпатические установки и умение создавать атмосферу доверия) лежит неосознанное «бесконтрольное» использование врожденных эмпатических способностей, рост которых сопровождается эмоциональным истощением, деперсонализацией и редукцию профессиональных достижений. Женщины в большей степени используют эмоциональный канал эмпатии (вчувствование и сопереживание), а мужчины — интуитивный канал. Потеря способности к идентификации сопровождается высокой степенью СЭВ. Именно поэтому развитие осознания является превентивным и корректирующим фактором. это легло в

Таблица 1. Динамика средних показателей эмоционального выгорания участников супервизионной группы ($M \pm m$)

Показатели субшкал и интегральный показатель СЭВ	Исследование 1 ($M \pm m$)	Исследование 2 ($M \pm m$)	P
Эмоциональное истощение	13,9 ± 1,33	8,1 ± 0,92	< 0,001
Деперсонализация	10,2 ± 0,57	7,4 ± 0,49	< 0,01
Профессиональная успешность	34,6 ± 1,02	39,0 ± 0,81	< 0,001
Интегральный показатель эмоционального выгорания	5,5 ± 0,27	4,3 ± 0,15	< 0,001

Таблица 2. Удельный вес специалистов наркологического профиля с различной степенью эмоционального выгорания в начале и по завершении работы супервизионной группы

Степень СЭВ	Исследование 1, %	Исследование 2, %
Низкая	20	80
Средняя	50	20
Высокая	30	Нет
Очень высокая	нет	Нет

Таблица 3. Сравнение средних значений возраста, стажа и показателей субшкал СЭВ в группах специалистов прошедших и не прошедших супервизию ($M \pm m$), $n = 30$

Группы	Возраст	Стаж	ЭИ1	Д1	РПД1	ЭИ2	Д2	РПД2
Основная	41,8 ± 1,62	9,0 ± 1,19	13,9 ± 1,33	10,2 ± 0,57	34,6 ± 1,02	8,1 ± 0,92	7,4 ± 0,49	39,0 ± 0,81
Контрольная	39,0 ± 1,52	9,3 ± 1,13	15,23 ± 1,17	10,8 ± 0,60	33,2 ± 0,63	19,1 ± 0,96	11,3 ± 0,58	32,1 ± 0,48
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Примечание. ЭИ — эмоциональное истощение; Д — деперсонализация; РПД — редукция профессиональных достижений; 1 — исследование 1; 2 — исследование 2.

основу разработанной в рамках гештальт-подхода и апробированной модели обучающей групповой супервизии.

Анализ и сравнение парных выборок по критерию Уилкоксона результатов опросника «Профессиональное выгорание» в начале и по завершении обучающей групповой супервизии показал саногенный потенциал модели, что представлено в табл. 1.

Также произошло уменьшение числа специалистов, имеющих высокую степень СЭВ, что демонстрирует табл. 2.

Для проверки саногенного потенциала модели мы сравнили результаты с результатами контрольной группы (30 чел.), созданной из специалистов наркологического стационара не проходивших супервизию. Исследование проводилось в сроки проведения вечерней групповой супервизии дважды: в начале и по завершению работы группы. Специалисты обеих групп ра-

ботали в дневное время. Сравнение начальных и конечных результатов в контрольной группе по критерию Уилкоксона ($p < 0,01$) показало достоверное нарастание эмоционального истощения и деперсонализации у специалистов, не принимавших участие в супервизии. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о саногенном эффекте супервизии в профилактике и коррекции СЭВ (табл. 3).

Выводы.

1. В ходе приобретения супервизионного опыта происходит коррекция проявлений синдрома эмоционального выгорания, что подтверждает важность использования супервизии в его профилактике.
2. Модель обучающей групповой супервизии, разработанная на основе гештальт-подхода, может быть использована в работе со специалистами помогающих профессий любого профиля.

Библиографический список

1. Александрова Н. В., Городнова М. Ю. Проблемы супервизии в детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии // Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. с между. участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании» Москва, 24–25 ноября 2011. С. 207–214.
2. Городнова М. Ю. Оценка эффективности лечения, удовлетворенность работой и синдром эмоционального выгорания специалистов в лечебной среде наркологического стационара // Наркология. 2014. № 8(152). С. 70–75.
3. Городнова М. Ю. Профессиональное здоровье и необходимые компетенции в помогающих профессиях // Материалы Всероссийской научно-практической конференция «Физическая реабилитация в спорте, медицине и адаптивной физической культуре» (30 июня 2015). В 2 ч. Ч. 1. Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. СПб.: [б. и.], 2015. С. 20–26.
4. Городнова М. Ю. Эмпатические способности и синдром эмоционального выгорания у специалистов психиатрического профиля: факторы риска и коррекции // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2014. Т. 6. № 4. С. 63–70.
5. Эйдемиллер Э. Г., Тарабанова В. А. Современные психотехнологии охраны здоровья психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и бизнесменов // Материалы V Международной научно-практической конференции преподавателей вузов, ученых, специалистов, аспирантов, студентов «Теоретические и прикладные проблемы развития личности в образовательном пространстве». Декабрь 2010. Н. Новгород: ВГИПУ, 2010. С. 106–109.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

**Иванова А. В., клинический психолог,
ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»,
Кемерово, Российская Федерация**

Аннотация

В статье приводятся показатели деятельности наркологической службы, делается вывод об актуальности исследования ценностно-смысловой сферы личности потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов, приводятся результаты эмпирического исследования.

Ключевые слова

Ценностно-смысловая сфера, показатели деятельности, актуальность исследования, потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов, эмпирическое исследование.

A CASE STUDY OF THE VALUE-SEMANTIC SPHERE IN PERSONALITIES OF SYNTHETIC CANNABINOIDS AND PSYCHOSTIMULANTS CONSUMERS

**Ivanova A. V., Clinical Psychologist,
Kemerovo Regional Clinical Narcological Dispensary,
Kemerovo, Russian Federation**

Abstract

The article presents the results of activity of narcological service and makes a conclusion about the relevance of the study of the value-semantic sphere in personalities of synthetic cannabinoids and psychostimulants consumers. Furthermore, the paper demonstrates the results of the empirical research.

Key words

Value-semantic sphere, performance measures, relevance of the study, consumers of synthetic cannabinoids and psychostimulants, empirical study.

Начиная с середины первого десятилетия текущего века в России, как и многих странах мира, появилась и получила широкое распространение новая группа психоактивных веществ — синтетические наркотики. По статистике, в период с 2011 по 2013 годы на территории России было выявлено 734 новых синтетических наркотика. В 2014 г. в России от употребления синтетических каннабиноидов пострадали свыше 2 тыс. человек, из них более 40 скончались [2].

Устойчивое увеличение лиц с аддиктивным поведением среди молодого контингента населения, ставит вопрос о разработке эффективных дифференцированных методах психокоррекционной работы. Психокоррекционные программы, созданные без учета изменений, происходящих в ценностно-смысловой сфере личности в процессе наркотизации, оказываются недостаточно эффективными, вследствие высокой резистентности наркозависимой личности к психологическим воздействиям. Понимание ценностно-смысловой сферы наркозависимой личности позволит разработать эффективные психокоррекционные программы развития ценностно-смысловой сферы личности,

направленные на формирование субъектной позиции относительно реализации личностных ценностей.

Цель исследования. Выявление особенностей ценностно-смысловой сферы личности потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов.

Гипотеза. Ценностно-смысловая сфера личности потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов характеризуется слабой сформированностью, преобладанием дефицитарных ценностей, потерей смысла жизни.

Основные методы и база исследования. В исследовании использовались следующие диагностические методы: беседа, тест «Ценностные ориентации» М.Рокича; тест смысловых жизненных ориентаций (СЖО) (Леонтьев, 1992), методы математической статистики, (корреляционный анализ, многофакторный дисперсионный анализ, сравнительный анализ по t -критерию Стьюдента, φ^* -критерию углового преобразования Фишера).

Исследование проводилось на базе стационарного наркологического отделения с длительным сроком пребывания ГБУЗ КО КОКНД. Всего в исследовании

приняли участие 114 человек. Все респонденты госпитализировались с диагнозами синдром зависимости от психостимуляторов, средней степени и синдром зависимости от синтетических каннабиноидов, средней степени. Контрольную группу составили респонденты с диагнозом синдром зависимости от опиоидов, средней степени. Стаж наркотизации респондентов составил 1–15 лет (в среднем 6,4 года), максимальная продолжительность ремиссии заболевания не превышала 17 месяцев.

Полученные результаты соотносились с показателями ценностно — смысловой сферы личности людей, не употребляющих психоактивные вещества [3, 4]. Анализ сопоставления показывает, что у наркозависимых в отличие от людей, не употребляющих ПАВ, система ценностных ориентаций носит выраженный диффузный характер, а показатели осмысленности жизни достоверно снижены.

В ходе анализа структуры ценностных ориентаций в исследуемых группах наркозависимых выявлена вариабельность в иерархиях терминальных и инструментальных ценностей по отношению к различным периодам. Среди терминальных ценностей прошлого у потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов доминируют такие индивидуальные ценности как активная деятельная жизнь (5,06), свобода (5,44), материально обеспеченная жизнь (7,69). В репрезентации терминальных ценностей настоящего в отличие от прошлого представлены ценности личной жизни: любовь (6,88), здоровье (6,13), счастливая семейная жизнь (6,25). Второй блок составляют пассивные ценности уверенности в себе (6,81), жизненной мудрости (6,25). В состав наиболее значимых ценностей-целей будущего входят ценности личной жизни: любовь (4,88), здоровье (3,25), счастливая семейная жизнь (4,56). Значимой ценностью-целью будущего становится интересная работа (6,13), которая вытесняет пассивные ценности.

Нужно отметить достаточно высокую степень реализованности в прошлом, в жизни испытуемых тех ценностей, которые они выделяют как значимые. Степень реализованности в настоящем таких ценностей как здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь, уверенность в себе представителями данной группы оценивается низко, поэтому значимость этих ценностей в данном контексте можно рассматривать как дефицитарную.

В иерархии терминальных ценностей прошлого в группе потребителей опиатов первый блок образуют ценности профессиональной самореализации: общественное признание (4,69), активная деятельная жизнь (6,88), второй блок — ценности личной жизни, такие как развлечения (3,13), наличие хороших и верных друзей (5,44). Структура ценностей — целей в настоящем и будущем существенно не отличается от структуры ценностей в группе потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов, она также представлена дефицитарными ценностями, отличия наблюдаются только в присваиваемых рангах.

Об ориентации на индивидуальные ценности в группе потребителей синтетических каннабиноидов и

психостимуляторов свидетельствуют такие предпочитаемые цели — средства как независимость (4,88) и жизнерадостность (5,75). Репрезентация воспитанности (5,75) и ответственности (6,94) вероятно отражает представления испытуемых об ожиданиях по отношению к ним их ближайшего окружения. В настоящем значение жизнерадостности нивелируется и увеличивается значимость образованности (7,44). Вероятно, реабилитационная среда способствует осознанию важности повышения интеллектуального уровня и общей культуры для достижения жизненных целей. Что касается представлений о средствах достижения целей в будущем, то здесь обращает на себя внимание увеличение значения, по сравнению с настоящим честности (4,38), твердой воли (6,50) и аккуратности (7,63).

Иерархия инструментальных ценностей прошлого у потребителей опиатов характеризуется наличием индивидуалистических ценностей жизнерадостности (4,88) высоких запросов (5,88), независимости (6,19). В число предпочитаемых ценностей-средств настоящего входят честность (6,88), аккуратность (7,75), смелость в отстаивании своего мнения, взглядов (7,75). Степень реализованности в настоящем перечисленных ценностей, оценивается низко, поэтому значимость этих ценностей в данном контексте можно рассматривать как дефицитарную. Значимыми ценностями-средствами будущего становятся жизнерадостность и твердая воля, которые вытесняют аккуратность и смелость из предпочитаемых.

Результаты исследования смысложизненных ориентаций показали, что в группе потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов отмечается низкая представленность «продуктивных типов» АСС [3].

Для 68,44% потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов характерен первый тип АСС с низкой осмысленностью всех трех временных локусов. Данный тип смыслового состояния характеризуется прагматическими ситуационными смыслами, определяемыми предметной логикой достижения цели в конкретных условиях [2]. Личностные смыслы лишены направленности и временной перспективы. 10,52% респондентов переживали третий тип состояния, для которого характерны неудовлетворенность прошлым опытом жизни и отсутствие целей в будущем. Для 10,52% испытуемых характерен пятый тип смыслового состояния с выраженной осмысленностью целей и низкими показателями осмысленности настоящего и прошлого. В данной группе наблюдается самый низкий процент наркозависимых с седьмым и восьмым типами АСС по (5,26%), которые характеризуются высокой осмысленностью как минимум двух временных локусов.

В группе потребителей опиатов отмечается преобладание первого и восьмого типов АСС (31,57%) и (33,3%), соответственно; 7,00% респондентов переживали третий тип состояния. Для 12,3% испытуемых характерен пятый тип смыслового состояния, определяемый декларативным характером целей. 15,7% респондентов переживали седьмой тип актуального

смыслового состояния, который отличается высокой осмысленностью настоящего и будущего при низкой осмысленности прошлого.

Следует отметить, что в исследуемых группах отсутствуют типы АСС с выраженным локусом осмысленности прошлого (2-й, 4-й, 6-й), что характеризует респондентов как людей, не принимающих на себя ответственность за результаты своей жизнедеятельности в прошлом.

При сопоставлении двух групп испытуемых по частоте встречаемости типов АСС с помощью критерия Фишера были установлены достоверные различия в первом типе АСС (68,44/31,57%; $p < 0,05$) и восьмом типе АСС (5,26/33,3%; $p < 0,05$),

Определение значимости различий между группами с помощью t -критерия Стьюдента показало статистически достоверные различия по показателю осмысленности жизни ($p = 0,026$ при $p < 0,05$) и осмысленности будущего ($p = 0,041$ при $p < 0,05$).

Таким образом, ценностно-смысловая сфера личности потребителей синтетических каннабиноидов и психостимуляторов характеризуется низкими показателями осмысленности личного опыта, актуальной жизненной ситуации и целей будущего, т. е. наблюдается «уплощение» личности [1]. У потребителей синтетических наркотиков этот процесс происходит быстрее и злокачественнее в отличие от потребителей опиатов.

Библиографический список

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
2. Кошкина Е. А. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2014 году. М., 2015.
3. Серый А. В., Карась Д. В. Уровень напряженности защитных механизмов личности в зависимости от типа актуального смыслового состояния // Сибирский психологический журнал. 2007. № 25. С. 29–35.
4. Серый А. В., Яницкий М. С. Клинико-психологические варианты нарушения смысловой сферы личности при алкоголизме // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2005. № 3. С. 33–37.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НА СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Козлова Н. В., д. псих. н., профессор, Панферова О. В., магистрант 1 года обучения, Атаманова И. В., к. псих. н., доцент, Мещерякова Э. И., д. псих. н., профессор, Левицкая Т. Е. к. псих. н., доцент, Зуева Д. Е., аспирант 1 года обучения, Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Российская Федерация

Аннотация

Авторы статьи обращаются к проблеме влияния психологической безопасности на субъективную оценку качества жизни человека. Обнаружено, что более высокий уровень психологической безопасности соответствует позитивной оценке респондентами среды своего города, удовлетворенностью качеством жизни и реализацией своих устремлений.

Ключевые слова

Психологическая безопасность, качество жизни, базисные убеждения, развитие личности.

THE INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL SAFETY ON THE SUBJECTIVE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE

Kozlova N. V., Psy. D., Professor, Panferova O. V., First-year Master's Student, Atamanova I. V., PhD (Psychology), Associate Professor, Meshcheryakova E. I., Psy. D., Professor, Levitskaya T. Ye., PhD (Psychology), Associate Professor, Zueva D. E., First-year Doctoral Student, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation

Abstract

The authors address the issue of the effect of psychological safety on the subjective evaluation of quality of life. It has been found that an increase in the psychological safety indicators corresponds to an increase in the respondents' positive evaluation of their city, their life satisfaction and realization of their values and aspirations.

Key words

Psychological safety, quality of life, basic beliefs, personality development.

Проблема изучения психологической безопасности в современном мире определяется нестабильностью происходящих процессов в современном обществе: политическая напряжённость, экономический кризис, социально-демографическое положение определённых слоёв общества и т. д.

Р. Янов-Бульман выделила категории базисных убеждений, которые свидетельствуют об уровне личностной безопасности человека, его психической стабильности, успешности в повседневной жизни и жизнеощущении, что напрямую сопряжено с качеством жизни.

Цель исследования: оценка степени переживания психологической безопасности и выявление ее взаимосвязи с субъективной оценкой качества жизни на примере жителей Сибири.

Психологическая безопасность важна в виду того, что она, с одной стороны, является базисной потребностью человека [4], с другой стороны, рассматривается в качестве главного условия, обеспечивающего его нормативное психическое и личностное развитие.

С. А. Богомаз изучал взаимосвязь психологической безопасности с рядом личностных характеристик: жизнестойкостью, личностным ростом, целеустремленностью, способностью к управлению повседневной жизнью, социально-психологической адаптивностью с помощью диагностики базисных убеждений [1, 2].

Н. А. Лызь [6] выделяет три позиции, с которых рассматривается феномен безопасности в литературе:

- 1) с точки зрения внешней для человека среды. Здесь безопасность определяется как отсутствие факторов опасности или наличие внешних условий безопасности;
- 2) с точки зрения защищенности человека, предполагающей, наряду с внешними, внутренние условия безопасности: элементы опыта субъекта, складывающиеся в способность и готовность к предвидению и преодолению опасностей, предполагающие, определенный уровень развития способностей, сформированную мотивацию к обеспечению безопасности жизнедеятельности;
- 3) безопасность как субъективное образование — психическое состояние, определяющееся степенью удовлетворения потребности в безопасности и характеризующееся отсутствием страха, тревоги и пр.

Кроме оценки состояния субъекта извне на основе эталонных критериев, в исследованиях С. А. Богомаза, Г. В. Грачева и др. [1, 2, 4, 7], выделяется аспект ситуативной безопасности — оценка состояния жизнедеятельности самим субъектом. Именно она порождает

состояние тревоги или чувство безопасности у субъекта и влияет на его поведение.

В настоящее время в России отсутствуют теоретически-обоснованные концепции, адекватно определяющие и моделирующие конструкт «качество жизни». Пути систематизации и интеграции знаний по проблеме качества жизни лишь намечаются. Тем не менее, большинство специалистов являются сторонниками идеи, согласно которой «качество жизни» не тождественно понятиям «уровень жизни» и «жизненные стандарты» [3, 5].

Качество жизни — это степень развития и полнота удовлетворения всего комплекса потребностей и интересов людей, проявляющихся как в различных видах деятельности, так и в самом жизнеощущении.

Методика. Так, методологическими основаниями послужили: когнитивная концепция базисных убеждений личности Р. Янов-Бульман; способ количественной оценки психологической безопасности человека с помощью диагностики базисных убеждений С. А. Богомаза; определение категории «психологическая безопасность» Н. А. Лызь и др.; определение категории «качество жизни» Т. Н. Савченко, Г. М. Головиной и др.

Выборку составили жители Сибирского региона 122 человека, в возрасте от 18 до 50 лет, студенты младших и старших курсов гуманитарных и технических специальностей, индивидуальные предприниматели, работники образования, медицинской сферы, домохозяйки и т. д.

Психодиагностические методы: Шкала Базисных Убеждений Р. Янов-Бульман в адаптации О. А. Кравцовой (далее — ШБУ); опросник «Качество жизни и удовлетворенности» (М. Рицнер и др., в адаптации Е. И. Рассказовой) (далее — КЖУ); методика «Субъективная оценка реализуемости базисных ценностей» (С. А. Богомаз) (далее — СОРБЦ).

Статистический метод: корреляционный анализ по r -критерию Пирсона в программе Statistika 6.0.

Результаты. В ходе исследования был проведен дескриптивный анализ с целью оценки уровня психологической безопасности и качества жизни жителей Сибирского региона.

Далее приведены результаты корреляционного анализа показателей психологической безопасности, качества жизни и личностных качеств респондентов по r -критерию Пирсона с помощью программы Statistika 6.0.

Психологическая безопасность и оценка реализуемости базисных ценностей в городской среде. В целом суммарный показатель психологической безопасности положительно коррелирует с такими показателями СОРБЦ как «Работа», «Семья», «Карьеры».

ра», «Пример для подражания» и суммарным индексом оценки городской среды. Так, рост уровня психологической безопасности людей в данной выборке, соответствует росту оценки данной выборкой возможности реализовать в данном городе ряд значимых ценностей. Чем сильнее у респондентов сформировано убеждение в том, что они находятся в доброжелательно настроенном по отношению к ним мире, тем выше оценивают городскую среду как благоприятную для жизни.

Психологическая безопасность и оценка качества и удовлетворенности жизнью. Обнаружены положительные взаимосвязи базисного убеждения «Ценность собственного Я» со всеми показателями качества жизни: «Здоровье», «Свободное время» и т. д. Так, чем больше убежденность в ценности и значимости в обществе, тем выше он оценивает свое физическое здоровье, возможность получения положительных эмоций, тем больше, по его мнению, возможностей для того, чтобы хорошо провести свободное время, в целом оценивает качество жизни и

собственную удовлетворенность ею выше. Повышение убеждения человека в благосклонности и позитивности мира, соответствует повышению оценки собственного здоровья, самочувствия и в целом положительной оценки качества собственной жизни. Корреляция суммарных показателей говорит о том, что повышение показателей психологической безопасности, соответствует повышению показателей оценки респондентами городов среды своего города. При повышении убежденности человека в способности контролировать мир и собственную жизнь, повышается вера в свои силы и в то, что жизнь сложена из благоприятных событий.

Одним из главных условий развития человека является среда, которая должна обладать необходимыми ресурсами для становления личности, для формирования у нее чувства безопасности и возможности достижения ею высокого качества жизни. Качество жизни носит интенсивный характер, оно обусловлено не только удовлетворенностью своей личной жизнью, но и удовлетворенностью своим положением в стране и в мире, которое отражается на самочувствии людей.

Библиографический список

1. Богомаз С. А., Гладких А. Г. Психологическая безопасность и ее измерение с помощью шкалы базисных убеждений [Текст] // Вестник томского государственного университета. Томск, 2009. № 31. С. 11–20.
2. Богомаз С. А., Козлова Н. В. Психологическая безопасность как условие развития личности (аналитический обзор современного состояния проблемы психологической безопасности) [Текст] // Материалы всероссийской конференции «Синтез теории и практики управления регионом»: Региональная научно-практическая конференция. Томск, 2009. С. 27–35.
3. Головина Г. М., Савченко Т. Н. Методы исследования качества жизни [Текст] // Материалы II Всероссийской научной конференции по психологии Российского психологического общества. — Ростов-на-Дону: Российское психологическое общество, 2006. С. 145–146.
4. Грачев Г. В. Личность и общество: информационно-психологическая безопасность и психологическая защита: библиография. М.: ПЕР СЭ, 2003. 304 с.
5. Крупнов Ю. Качество жизни — сверхиндустриализация 21 века [Электронный ресурс] // Русский переплет — литературный интернет-журнал / Обозрение Юрия Крупнова, 2003. — <http://www.pereplet.ru/kрупнов/14.html#14> (дата обращения 15.05.2016).
6. Лызь Н. А. Безопасность человека в зеркале науки [Текст] // Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2004. № 1. С. 138–142.
7. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2008. 352 с.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО СОХРАНЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОАО «РЖД» НА МОСКОВСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГЕ

Крахмалев К. В., главный внештатный психиатр Региональной дирекции медицинского обеспечения на Московской железной дороге, Рязань, Российская Федерация

Аннотация

Детерминантами психического здоровья являются социальные, психические и биологические факторы. Комплекс мер, предпринимаемых службой медицинского обеспечения ОАО РЖД в отношении этих коррелятов, позволяет добиваться сохранения психического здоровья работников локомотивных бригад. Все эти меры направлены не только на поддержание психического здоровья каждого отдельно взятого работника, но и обеспечивает надежный фундамент в обеспечении безопасности движения поездов.

Ключевые слова

Психическое здоровье, детерминанты психического здоровья, психиатрические осмотры, психологическое обследование.

THE EXPERIENCE ON PRESERVATION OF MENTAL HEALTH OF THE WORKERS OF LOCOMOTIVE BRIGADES IN NON-STATE HEALTH CARE FACILITIES JSC RUSSIAN RAILWAYS ON THE MOSCOW RAILWAY

Krakhmalev K. V., Chief Non-staff Psychiatrist of Regional Directorate of Medical Support on the Moscow Railway, Ryazan, Russian Federation

Abstract

The determinants of the mental health are social, psychic and biological factors. A set of measures which the medical maintenance service of JSC Russian Railways takes for these correlates preserves the mental health of train operators of locomotive crews. All these measures are aimed not only at preservation of the mental health of an individual worker, but at the same time at provide solid foundation in ensuring the safety of rail operation.

Key words

Mental health, determinants of mental health, psychiatric examinations, psychological examination.

Психическое здоровье — это важная составляющая здоровья человека в целом. Но если для каждого конкретного индивидуума состояние психического здоровья позволяет полноценно функционировать в обществе, реализовывать себя как личность во всех сферах своей жизни, избегать развития тех или иных соматических расстройств, то от показателя психического здоровья работников локомотивных бригад зависят жизни сотен людей, являющихся *пользователями услугами железнодорожного транспорта*, да и в целом участвующих в *перевозочном процессе*. Поэтому вопрос психического здоровья машинистов и их помощников имеет самое прямое отношение еще и к вопросам безопасности движения поездов.

Регулярное «мониторинг» психического состояния работников в рамках периодических осмотров по Приказу Минздравсоцразвития России № 302н от 12.04.2011. Приказу МПС РФ № 6Ц от 29.03.1999, Федеральному Закону № 230-ФЗ от 13.07.2015, Постановлению Правительства РФ № 377 от 28.04.1993 (с изменениями и дополнениями), включающие в себя химио-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических веществ, психотропных веществ и их метаболитов, психиатрическое освидетельствование врачебными комиссиями уполномоченных на то медицинских учреждений позволяет *своевременно диагностировать*, выявлять лиц, с уже очерченными *признаками психических расстройств и расстройств поведения*, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ (далее — ПАВ), для своевременного оказания медицинской помощи, с целью предупреждения усугубления вреда для здоровья вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено

без помощи; предупреждения совершения действий, вследствие психопатологической симптоматики, представляющих непосредственную опасность для себя и для окружающих; максимально полноценной реабилитации, социальной и трудовой адаптации сотрудника с условием сформировавшейся психопатологии.

Об этом свидетельствует достаточно низкие проценты лиц, признанных профессионально непригодными по психическому расстройству. В частности, из общего количества лиц, признанных профессионально непригодными за 2014 г. по Московской железной дороге — 279, лиц в связи с психическим расстройством — 9 человек, что составляет 3,25%. В 2015 г. из 275 признанных профессионально непригодными лиц с психическими расстройствами было 4, что составило уже 1,45%.

Помимо посещений к врачам психиатрам и психиатрам-наркологам в рамках предварительных и периодических медицинских осмотров, за 2015 год в Негосударственных учреждениях здравоохранения Московской железной дороги ОАО РЖД состоит под наблюдением психиатра 255 человек, под наблюдением психиатра-нарколога — 107 человек. В 2014 г. отмечалось 13 случаев временной нетрудоспособности в связи с психическими расстройствами среди всех работников ОАО РЖД, из них 5 — работники локомотивных бригад, в 2015 году — 15 случаев, из них 4 — работники локомотивных бригад.

С другой стороны, *донозологическая* диагностика на основании психологических диагностических исследований позволяет выявлять состояния, когда без наличия очерченных клинических симптомов можно уже говорить о высоком *риске развития* тех или иных *психопатологических изменений*.

Уникальность подхода к сохранению психического здоровья службой медицинского обеспечения ОАО РЖД состоит в том, что наряду с **общефедеральными** нормативными актами, предусматривающими «мониторинг» психического состояния, как уже было указано ранее, разрабатываются и постоянно обновляются **внутриведомственные** нормативные акты, позволяющие наиболее полноценно реализовывать *донозологическую* диагностику состояний.

Ведомственными нормативными актами в рамках ОАО РЖД предусмотрен целый комплекс процедур:

- 1) по своевременным выявлениям таких индивидуальных особенностей работника, которые могут привести к определенным сложностям, отклонениям в психических проявлениях, в поведении, отношениях внутри коллектива, трудовой деятельности;
- 2) по своевременным выявлениям таких индивидуальных особенностей работника, которые имеют высокий риск развития зависимого поведения
- 3) предупреждению психоэмоциональных срывов и развития психических расстройств в связи с ситуациями чрезмерного психофизиологического напряжения психотравматическими ситуациями, связанными с выполнением своих рабочих обязанностей.

В этом аспекте играет большую роль взаимодействие с медицинскими работниками специалистов психофизиологических подразделений НУЗ ОАО РЖД, проводящих целый комплекс психологических исследований [2].

Своевременно выявлять индивидуальные особенности работника, которые могут привести к отклонениям в психических проявлениях, поведении, трудовой деятельности помогают осмотры работников локомотивных бригад психологом как перед предварительными медицинскими осмотрами (профессиональный психофизиологический отбор) [6], так и перед периодически медицинскими осмотрами (динамический контроль функционального состояния) [7], а также в случае отстранения на предрейсовом медицинском осмотре при наличии признаков воздействия психотравмирующих ситуаций. Предупреждению психоэмоциональных срывов и развития психических расстройств в связи с ситуациями чрезмерного психофизиологического напряжения способствуют индивидуальные беседы, расширенные психофизиологические исследования в отношении каждого работника локомотивной бригады, как участника транспортного происшествия. По результатам расширенного психофизиологического обследования психолог НУЗ проводит работникам

локомотивной бригады восстановительные (коррекционные) мероприятия; анализирует результаты предыдущих психофизиологических обследований и выносит заключение с установлением или отсутствием психологической причины допущенного нарушения [8].

Восстановительные (коррекционные) мероприятия включают в себя широкий спектр методов (психологическое консультирование; аудиовизуальный метод; психологический тренинг; метод аутогенной тренировки), с контролем параметров функционального состояния работников до и после процедур [5].

Поскольку социальная дезадаптация является важным следствием даже непсихотических (пограничных) психических расстройств [1], а социально-психологические факторы играют свою роль также в развитии психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, проведение психологами расширенного психофизиологического обследования работников [3], имеющих 2 и более случаев нетрудоспособности по причине бытовых травм, 4 и более по причине заболевания, имеющих заболевания вирусными гепатитами В или С, ранее отстранявшихся от рейса (смены) по признакам употребления ПАВ, но продолжающих работать [4], играет большую роль в сохранении психического здоровья, своевременном выявлении таких индивидуальных особенностей работника, которые могут привести к определенным сложностям, наркотизации, отклонениям в его психическом функционировании, поведении, отношениях, деятельности.

Учитывая, что детерминантами психического здоровья являются *социальные, психологические и биологические* факторы, воздействуя на них, можно значительно снизить риски возникновения психических и поведенческих расстройств. Комплекс мер, используемых службой медицинского обеспечения ОАО РЖД во взаимодействии со специалистами психофизиологических медицинских подразделений в этих направлениях, позволяет в значительной мере сохранять психическое здоровье работникам локомотивных бригад, о чем свидетельствует незначительный процент лиц, признанных профессионально непригодными в связи с психическими расстройствами, который к тому же за последние 2 года имеет тенденцию к снижению. В этом плане забота о психическом здоровье работников локомотивных бригад является одним из основополагающих факторов, определяющих безопасность движения на железнодорожном транспорте в целом.

Библиографический список

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000.
2. Распоряжение ОАО РЖД Об утверждении Положения о психофизиологическом обеспечении работников локомотивных бригад ОАО РЖД от 06.04.2009. № 712.
3. Распоряжение ОАО РЖД от 04.08.2014. № 1801р Об утверждении методических рекомендаций по разработке и использованию психологических портретов на работников локомотивных бригад ОАО РЖД.
4. Распоряжение ОАО РЖД от 12.09.11. № 1975р Об утверждении порядка действия должностных лиц при отстранении работников ОАО РЖД от работы по причине нетрудоспособности, снижения работоспособности, нахождения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

5. Распоряжение ОАО РЖД Об утверждении Методических рекомендаций по проведению восстановительных (коррекционных) мероприятий работникам локомотивных бригад от 19.09.2011. № 2050р.
6. Регламент взаимодействия специалистов психофизиологических и медицинских подразделений по вопросам диагностики функционального состояния РЛБ перед ВЭК, утвержденного приказом РДМО на МЖД № 61 от 07.09.2010.
7. Регламент динамического контроля функционального состояния работников локомотивных бригад на Московской железной дороге № 1206 от 27.07.2013.
8. Регламент участия специалистов психофизиологических подразделений и медицинских работников НУЗ ОАО РЖД в разборе транспортных происшествий и иных связанных с нарушением правил безопасности движения и эксплуатации железнодорожного транспорта событий на инфраструктуре ОАО РЖД, утвержденный О. Ю. Атьковым 23.03.2012. № 105.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В СОВРЕМЕННЫХ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙНАХ И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

**Левицкая Т. Е., к. псих. н., доцент, Тренькаева Н. А., к. псих. н., доцент,
Богомаз С. А., д. псих. н., профессор,
Национальный исследовательский Томский государственный университет,
Томск, Российская Федерация**

Аннотация

Показано, что такие личностные характеристики военнослужащих, как жизнестойкость, базисные убеждения, субъективное благополучие могут выступать в качестве личностного ресурса, способствующего повышению уровня их адаптивных возможностей и сохранению здоровья.

Ключевые слова

Посттравматическое стрессовое расстройство, базисные убеждения, субъективное благополучие, здоровье, социально-психологическая адаптация.

ISSUE OF HEALTH AND ADAPTATION OF THE MILITARY MEN PARTICIPATING IN MODERN LOCAL WARS AND ARMED CONFLICTS

**Levitskaya T. E., PhD (Psychology), Associate Professor,
Trenkayeva N. A., PhD (Psychology), Associate Professor,
Bogomaz S. A., Psy. D., Professor,
National Research Tomsk State University
Tomsk, Russian Federation**

Abstract

The paper demonstrates that such personal characteristics of military men as resilience, basic belief and subjective well-being can serve as resource increasing the level of their adaptive abilities and preservation of health.

Key words

Posttraumatic stress disorder, basic beliefs, subjective well-being, health, social psychological adaptation.

Как известно, именно посттравматическое стрессовое расстройство для большинства участников вооруженных конфликтов является одним из главных внутренних барьеров на пути социальной адаптации в обществе. Их возвращение к гражданской жизни в большинстве случаев сопровождается новыми стрессовыми факторами, связанными с трудностями приспособления к мирной жизни, например, такими как непонимание окружающих, сложности в общении, профессиональном самоопределении и т. д. Со-

ответственно, одной из приоритетных задач является оказание комплексной психологической помощи военнослужащим, принимавшим участие в обеспечении общественного порядка в кризисных, экстремальных ситуациях, а также разработка и научное обоснование целенаправленных социально-психологических реабилитационных программ [2, 8].

Опираясь на мнение многих современных медиков и психологов [1, 6, 9], мы полагаем, что здоровье человека нужно рассматривать с позиции многоуров-

невой системы, в которой психологический уровень является основополагающей составляющей здоровья. Неслучайно, в научном психологическом лексиконе появился достаточно новый термин «психологическое здоровье». Именно уровень психологического здоровья связан с целостным развитием личности, ее адаптивными возможностями и свойствами, их адекватностью реакций на внешние воздействия и в значительной степени определяется спецификой интеграционных процессов в структуре личности. Поэтому, опираясь на вышеизложенное, цель нашего исследования состояла в выявлении личностных особенностей военнослужащих, вернувшихся из служебных командировок в «горячие точки», которые могут выступать в качестве некоторого личностного ресурса, способствующего повышению уровня их адаптивных возможностей и сохранению здоровья.

Материалы и методики исследования. Выборку составили военнослужащие Сибирского региона, принимавшие участие в вооруженных конфликтах в количестве 159 человек, в возрасте от 26 до 45 лет.

В качестве диагностического психологического инструментария использовались следующие методики: Опросник травматического стресса (ОТС) И. О. Котёнова, предназначенный для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений [3]. Тестирование проводилось сразу после возвращения из мест прохождения службы. Тест Жизнестойкости в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой [7]. Судя по данным литературы, способность человека достигать намеченных целей и преодолевать жизненные трудности в сильной степени зависит от такого его личностного качества как жизнестойкость (*hardiness*). Принято считать (Maddi S., Khoshaba D., 1996), что жизнестойкость способствует мотивации человека на совладание со стрессогенными жизненными событиями и отражает его возможности воспользоваться имеющимися внутренними ресурсами для эффективного управления этими экстремальными событиями [7]. В связи с этим, нам было важным оценить взаимосвязь жизнестойкости с наличием симптомов посттравматического расстройства у военнослужащих. Использовался тест Социально-психологической адаптации Э. Роджерс, Шкала Базисных убеждений Р. Янова-Бульмона и Шкала Субъективного Благополучия [4, 5]. Также военнослужащие заполняли анкету, где субъективно оценивали уровень своего здоровья. Все полученные результаты, обрабатывались стандартными методами математического анализа из пакета статистических программ Statistika 6.0.

Результаты исследования. В ходе анализа полученных материалов были обнаружены положительные корреляционные связи между всеми показателями Жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска, суммарная жизнестойкость) и Уровнем Здоровья. Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о том, что военнослужащие, вовлеченные в жизнь, получающие удовольствие от собственной деятельности, самостоятельные, способные повлиять на результат деятельности, рассматривающие жизнь как способ приобретения опыта, с активной жизненной

позицией и высокой жизнестойкостью ощущают себя наиболее здоровыми (даже несмотря на наличие каких-либо хронических заболеваний) и высоко оценивают свой Уровень Здоровья. Интересные корреляционные связи были отмечены между показателем Уровня Здоровья военнослужащих, шкалами Базисных убеждений Р. Янова-Бульмона и Субъективного благополучия. Так, люди зрелые, с высокой степенью «самоактуализации», имеющие реальные жизненные достижения, развившие свои личностные возможности, позитивно относящиеся к окружающим, верящие в доброту, справедливость мира, также характеризуются более высоким Уровнем Здоровья. Напротив, чем в большей степени у военнослужащих отмечается негативизм к себе и обществу, неудовлетворенность результатом своей деятельности, неспособность контролировать ситуацию, принимать решения и вместе с тем выраженная напряженность и зависимость от окружающих, тем ниже их Уровень Здоровья. На наш взгляд очень важным является и тот факт, что практически между всеми показателями по методике Социально-психологической адаптации и шкалой Базисных убеждений отмечались положительные корреляционные связи, с коэффициентами корреляций лежащих в пределах от $r = 0,4659$ до $r = 0,7079$, при $p < 0,033$. Соответственно, можно сделать предположение о том, что уровень социально-психологической адаптивности лиц побывавших в зоне боевых действий связан с полнотой развития их личности, ее потенциальной способностью принятия других, стремлением к гуманистическим ценностям, самопознанием и осмысленностью. С наличием таких качеств как автономность, самостоятельность, способность к принятию решений в направлении будущего, готовность к изменениям и возможность выделять альтернативы, тенденции, исследовать и эффективно использовать свои ресурсы, нести ответственность за сделанный выбор. Вместе с тем, были выявлены положительные связи между Уровнем Здоровья военнослужащих и шкалами Общая адаптивность, Принятие себя, Принятие других, Общий комфорт, Интегральность, Общее доминирование, которые на наш взгляд являются вполне закономерными. Чем выше уровень социально-психологической адаптивности у человека, тем выше показатель уровня его здоровья. Также важно заметить, что отрицательная корреляционная связь отмечалась между показателем Жизнестойкости и общим показателем ПТСР. Люди с высокими значениями жизнестойкости, за счет стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых, в меньшей степени подвержены посттравматическим стрессовым расстройствам, что подтверждается и исследованиями, проведенными Д. А. Леонтьевым [7].

Полученные в ходе научно-исследовательской работы материалы позволяют сделать заключение о том, что у ряда военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, в процессе жизнедеятельности складывается система личностного потенциала, основными взаимодействующими компонентами которой, являются жизнестойкость, целеустремлен-

ность, наличие смыслов и субъективное благополучие. Очевидно, что эта система, обеспечивает наиболее успешное продвижение таких людей по жизни, способствует преодолению стрессовых ситуаций и соответственно повышает уровень их адаптивных возможностей и здоровья.

Библиографический список

1. *Казначеев В. П.* Современные аспекты адаптации. Новосибирск.: Наука, 1980. 192 с.
2. Костенко М. А., Костенко Н. Б., Урезков А. В., Психосоциальная работа с участниками локальных боевых действий. Методическое пособие, 2000. 48 с.
3. *Котенёв И. О.* Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел. Москва, 1996. 42 с.
4. *Леонтьев Д. А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 487 с.
5. *Леонтьев Д. А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: «СМЫСЛ», 1992. 16 с.
6. *Лэнгле А.* Жизнь, наполненная смыслом. Прикладная логотерапия. М.: Генезис, 2003. 128 с.
7. *Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И.* Тест жизнестойкости. М.: «СМЫСЛ», 2006. 63 с.
8. *Попов В. Е.* Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий. М., 1992. 67 с.
9. *Фурдуй Ф. И.* Современные представления о физиологических механизмах развития стресса / Механизмы развития стресса. Кишинев, 1987. С. 8–33.

ТЕРАПИЯ ТРЕВОГИ. РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОБЛЕМАТИКОЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Лукиянов О. В. доцент, д. псих. н.,
Национальный исследовательский Томский государственный университет,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена результатам экзистенциально-аналитического исследования проблем современного образа жизни в аспекте его трагической тесноты и неопределенности. Уточняется гипотеза о том, что проблемы здоровья современного человека требуют не только понимания механизмов и процессов заболевания, разработки средств и процедур выздоровления, но и идентификации пространств, контекстов здоровья и болезни. Если многие проблемы современного человека укореняются в образе жизни, который часто для решения проблем необходимо менять, то тревога является важным фокусом проблемы смены образа жизни. Предлагается положение о приоритете аутентичности над идентичностью в терапии тревоги.

Ключевые слова

Тревога, образ жизни, идентичность, основания, аутентичность, экзистенция.

ANXIETY THERAPY. DISORDERS CONNECTED WITH LIFESTYLE PROBLEMATICS

Lukyanov O. V., Psy. D., Associate Professor,
National Research Tomsk State University,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

This article describes the results of existential and analytical research of modern lifestyle issues. We examined lifestyle in the context of its tragic narrowness and uncertainty. We have specified our hypothesis of health problems assuming that health problems of a modern person involve not only the understanding of disease mechanisms, recovery means and procedures development, but also identification of health and disease space and contexts. In many problems of a modern person take root in lifestyle which often should be changed to solve these problems, anxiety should be regarded as an important aspect of the issue of lifestyle change. In this article, we offer a thesis of authenticity priority over identity during the anxiety therapy.

Key words

Anxiety, lifestyle, identity, fundamentals, authenticity, existence.

Введение. Многие проблемы людей уходят своими корнями именно в проблематику образа жизни, обусловленную различными событиями и обстоятельствами. Есть много причин тому, что современный человек живет одновременно в неопределенности и жесткости границ, тому, что в процессе взросления индивидуальность человека формируется в виде бесконечной борьбы против того, что есть. Часто то, что предъясняется как проблема взаимоотношений, проблемы воспитания, семьи, развития, полезности и т. д., на самом деле — симптомы неопределенности и тесноты образа жизни. В конце двадцатого века это выразилось в тенденциях актуализации проблем персональной идентификации и аутентификации, личностных расстройств, описания шизоидного и невротического мира и т. д.

Риски болезней, обусловленных теснотой и неопределенностью образа жизни, сегодня нарастают. (Можно вспомнить, хотя бы проблемы избыточного веса.) Степень недоверия социальным институтам возрастает и все актуальнее становится императив «изучать, чтобы отвечать» противостоящий идее «пожертвовать меньшим ради большего». Сегодня нет уверенности в том, что мы достаточно хорошо понимаем что на самом деле лучшее и большее. Упрощая до необходимой степени исходную точку, можно сказать, что наше общество достаточно резко разделяется на тех, кто обладает ясным пониманием своего образа жизни и тех, кто переживает растерянность по отношению к образу жизни. Представителям второй группы часто трудно помочь именно потому, что они не располагают «точкой опоры» для осуществления необходимых усилий. На терапевтических консультациях и в переписке они говорят о том, что им кажется как буд-то они тонут, проваливаются, буксуют, борются с ветряными мельницами и т. п. И это обусловлено не только их личностными или индивидуальными особенностями, пессимистическим взглядом на мир, неконструктивной установкой, травматичным опытом и т. д., но и структурой их жизненного мира, среды, в том числе психологическими аспектами среды.

Необходимым этапом решения этой проблемы является экзистенциально-феноменологический анализ современных данностей и возможностей творчества образа жизни. Вероятно, в свое время полезным является и анализ поведения, и анализ вытесненных конфликтов, и анализ целей, и анализ установок. Но экзистенциально-феноменологический анализ необходим для того, чтобы вернуться к основаниям, утвердить основания, поэтому он не только полезен, но необходим в качестве хорошего начала.

Почему бывает трудно помочь человеку? Почему сам человек не может осуществить необходимых и достаточных усилий? Отвечая на эти вопросы мало находить причины или обстоятельства. Надо создавать условия для творчества, обновления образа жизни. И эти условия имеют принципиальные особенности:

- 1) люди принципиально нуждающиеся в опыте утверждения порядка в жизни, опыта встречи с тем, что нельзя сделать, а что может только придти к че-

ловеку: вера, любовь, мечта, талант. Назовем этот опыт опытом аутентификации (подлинности) мира (присутствия в мире);

- 2) люди, принципиально нуждающиеся в опыте деятельности, опыте встречи с тем, что необходимо человеку сделать самому. Этот опыт назовем опытом идентификации (отождествления).

В отличие от принятой в современных информационных системах последовательности идентификация (ввод имени) — аутентификация (ввод пароля), в психотерапии последовательность обратная: аутентификация (подлинность мира и присутствия в мире) предшествует идентификации (отождествлению себя, своего бытия в мире со своим делом).

Терапия тревоги требует не только осознания и принятия данностей, но и вовлеченности в аутентичный порядок. Коротко можно сформулировать проблему так: неопределенность и теснота в качестве диагноза, а контроль и порядок в качестве терапии, при условии, что подлинность присутствия предшествует ясности действия.

В терапии тревоги важно понимать полезность в категориях подлинности (надежности) и точности (эффективности). Для краткости объединим эти смыслы в категории контроля. Полезен контроль. Для аутентификации необходимо пространство подлинности, а для идентификации пространство творчества. В обоих случаях необходимым аспектом является взаимная активность клиента и терапевта, но про это в учебниках по психотерапии достаточно много и это отдельная тема.

Позитивное отношение к тревоге. После известной книги Ролло Мэя «Смысл тревоги» [1] мы знаем, что тревоги не следует избегать, что тревога — это плата за свободу, потенциал жизни, свидетельство возможностей изменить жизнь не посредством насилия, а через принятие, понимание, познание, творчество. Мы знаем, что надо учиться тревожиться правильно, то есть подчинять актуальную тревогу более высоким уровням организации жизни и опираясь на тревогу, развиваться.

Если бы осознание тревоги и ее организация были единственной проблемой или единственной неопределенностью, то есть если бы изучать жизнь и тревогу было нашим единственным делом, то мы, вероятно, могли бы следовать этой идее все время и не избегать тревоги, а вместе с ней и жизни, а изучать жизнь, преобразовать мир к лучшему и помогать это делать другим. Но, к сожалению, в реальных ситуациях мы сталкиваемся не только с проблемой собственно тревоги, но и с другими проблемами, решительно влияющими на нас.

И в качестве самой общей проблемы, препятствующей правильной тревоге, то есть изучению, принятию, пониманию жизни, мы предлагаем назвать проблему принципиальной неупорядочиваемости жизни. И принципиальность, не в том, что в мире нет порядка. Как раз наоборот, мы должны верить в то, что в мире есть порядок, но мы сами настолько меньше этого порядка, мы сами не можем ему соответствовать

в полной мере и именно поэтому тревожимся. Когда человек живет в соответствии с мировым порядком, он переживает состояние творческого напряженного покоя.

Когда мы говорим о порядке и упорядочивании жизни, речь идет не об утверждении какого-то определенного порядка и подчинении ему, не о редукции жизни, не сведения жизни к чему-то меньшему, чем она есть, к какой-то идеологии или правилу. Можно сказать так: человек, живущий в мире в котором есть целостность и порядок, не всегда его ясно видит, но он знает где его искать (в его мире). Человек же живущий в мире, в котором принципиально нет порядка, а есть только различные случайности и даже имеющий место порядок, в принципе, тоже случаен, не может искать порядок, может только избегать тревоги, а значит, не может упорядочивать свою жизнь, а может только подвергать себя и свой мир насилию. Это вопрос веры, но не только веры. Поэтому мы говорим о необходимости условий для опыта аутентификации (аутентичности) и о достаточности условий опыта идентификации (идентичности) [2].

Выделим два типа людей, точнее два типа экзистенций. Первый тип экзистирования — это люди, которым нельзя помочь, поскольку они отчуждены от собственной жизни своей же активностью. Это люди беспомощные. О каком периоде беспомощности идет речь — это вопрос к ситуации и контексту. Так, например, нельзя помочь человеку, погруженному в переживание обиды, пока он от этого переживания в достаточной степени не освободится. Нельзя помочь человеку, одержимому чем-то, пока эта одержимость не ослабнет. То есть это люди, не готовые к помощи и изменениям жизни и полезной для них активностью будет подготовка, особая форма заботы, связанная с упрощением ситуации. Беда в том, что их активность не полезна, а пассивность тревожна. Примеров можно привести много: жизнью не доволен, но умирать боится, плохо себя чувствует, но режим жизни не меняет, не доволен своим весом (курением, алкоголем), но не меняет свой режим питания и не отказывается от привычек [3, 4].

Беспомощность проявляется в том, что активность таких людей не решает их проблем, а пассивность усиливает тревогу. Поэтому для них полезна подготовка, преобразование до готовности. В этом случае можно говорить об упорядочивании тоже, но точнее говорить об упрощении ситуации. Терапией такой тревоги будет упрощение, прощение, простота, как синоним готовности. И строго говоря им нужна не помощь, им нужно чтобы кто для них «сделал этот мир лучше».

Второй тип экзистенции — это люди, готовые к контролю, восприятию и принятию порядка жизни, то есть способные принять помощь. Им можно и нужно помогать. И полезная активность для них будет связана с усложнением, расширением, обновлением, творчеством жизни. Их активность связана с необратимыми действительными изменениями. Пассивность для них не имеет смысла. Но именно потому, что их активность действительно ведет к изменениям, такие люди сталкиваются с другим типом тревоги, которая

часто переживается как вина и в специальной литературе ее называют экзистенциальной тревогой.

Такое разделение позволяет сделать психологическую диагностику более аутентичной, а содержание терапии более точным.

Как отличать хорошую тревогу от плохой?

Обозначим еще раз специфику плохой и хорошей тревоги.

Плохая тревога связана с пассивностью и бездействием на фоне бесполезности и бессмысленности активности и деятельности. Активность, обусловленная «плохой» тревогой бессмысленна. Деятельность такого рода тревожных людей на время отвлекает от беспокорства, но поскольку их активность не продуктивна, и даже, по существу не реальна, а фиктивна, иллюзорна, то в экзистенциальном смысле их активность — это некоторый вид пассивности. Попытки успокоиться, расслабиться, мобилизоваться, настроиться и т. д., в конечном итоге, усиливают «плохую» тревогу, и пока не будет решена проблема деструктивной тревоги, помощь не будет иметь эффекта. Отметим, что хоть плохая тревога и обуславливает неэффективность деятельности, в основе укрепления самой тревоги лежит как раз бессмысленность активности и мишенью терапии должна быть экзистенция, а не тревога. Аутентификация, подлинность мира, жизни, слова, подлинность самой терапии — главное «лекарство».

Хорошая тревога связана с риском продуктивной, необратимой, реальной активности на фоне бессмысленности бездействия, и переживается часто посредством вины. (Кстати, переживание плохой тревоги сопровождается переживанием вины в меньшей степени, а в большей степени переживанием страха казни и желанием оправдания). Хорошая тревога тоже требует лечения. Но здесь «лекарство» можно определить как идентификацию — название вещей их точными именами, тождественность слов и реальности.

Заключение. Аутентификация и идентификация — связанные модусы экзистенции, они реплицируются друг другом, но их последовательность, порядок, отношение, содержание и т. д. создают уникальный индивидуальный рисунок опыта, по которому мы можем ориентироваться в вопросах уместности здоровья.

Отличия, спецификация хорошей и плохой тревоги — гораздо более глубокий вопрос, чем вопрос о характеристиках их проявлений. Хорошая тревога связана с основаниями жизни, а плохая тревога — с ожиданиями. Так, например, в богословской литературе говорят о страхе человеческом — страхе ожиданий, страхе, что мне станет больно, плохо, что кто-то сильный (в пределе Бог, отец, учитель) причинит мне вред и страдания, и страхе Божиим (страхе за потерю оснований), когда я знаю, что (Бог, родители, учителя) мне не причинят и, даже, не пожелают причинить мне вреда, но я могу их огорчить, расстроить и заставить их страдать.

В качестве примера можем рассмотреть довольно типичные случаи страхов реальных и невротических. Родительский страх того, что ребенок вырастет плохо воспитанным и причинит своим родителям боль (опо-

зорит) толкает их к жестокому требовательному поведению и провоцирует враждебность. Страх сделать своего ребенка несчастным, помогает родителям ставить границы, помогающие их ребенку встретиться и освоить реальность.

Тревога современного человека связана с дефицитом оснований и диктатурой (избытком) ожиданий и очень терапевтичной может оказаться активность, устраняющая недоразумения в этой области. Основой практики такого анализа может служить применение феноменологического метода (экспликация смысла яв-

ления) в антиномии оснований и ожиданий, как это представлено в таблице. Во многих психологических концепциях присутствует мысль о том, что главное желать, хотеть, стремиться и тогда будет счастье. Но ведь и «путь в Ад вымощен благими намерениями». Желания бывают разными. Если желание обосновано, то оно воплощается (по крайней мере может воплотиться), если желание не обосновано, а только отражает ожидания, то оно не принадлежит человеку, моменту, ситуации. Так вещь, купленная в кредит, не принадлежит покупателю, пока он кредит не выплатил.

Библиографический список

1. Ролло Мэй. Смысл тревоги / Пер. М. И. Завалова, А. Ю. Сибуринной. *Rollo May. The Meaning of Anxiety*. N. Y.: Pocket Books, 1977. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. Терминологическая правка В. Данченко. К.: PSYLIB, 2005. — <http://www.psylib.org.ua/books/meyro02/index.htm>
2. Лукьянов О. В., Шушаникова А. А. Феномен психологической капитуляции в психологическом сопровождении проблем с адаптацией и самоидентичностью // Вестник Кемеровского государственного университета. 2015. № 3—3(63). С. 173—178.
3. Лукьянов О. В., Щеглова Э. А., Неякина Ю. Ю. Современный психологический образ трудоголика — человека, извращенно представляющего место и роль труда в его жизни // Вестник Томского государственного университета. 2013. № 376. С. 153—156.
4. Лукьянов О. В. Психологическая системность практик веры. Градиенты становления человеческого в человеке // Вестник Томского государственного университета. 2009. № 325. С. 152—156.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В СТРУКТУРЕ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ СУБДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Мещерякова Э. И., д. псих. н, профессор, Влах Н. И.,
Национальный исследовательский Томский государственный университет,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается феномен эмоционального выгорания с преневротической субдепрессивной симптоматикой у представителей различных профессий с целью разработки методов психологической помощи. Результаты психодиагностики экзистенциальных аспектов состояния «выгоревших» указывают на различные мишени оказания психологической помощи педагогам, медикам, правоохранителям и предпринимателям.

Ключевые слова

Выгорание, преневротические состояния, субдепрессия, экзистенция, психодиагностика, психологическая помощь.

EXISTENTIAL ASPECTS OF BURNOUT IN THE STRUCTURE OF PRENEUROTIC SUBDEPRESSIVE STATES

Meshcheryakova E. I., Psy. D., Professor, Vlakh N. I.,
National Research Tomsk State University,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the phenomenon of emotional burnout with preneurotic subdepressive symptoms in representatives of various professions with the aim of developing methods of psychological assistance. The results of psychodiagnostics of existential aspects of being burned out revealed different targets of psychological assistance in teachers, doctors, police officers and entrepreneurs.

Key words

Burnout, preneurotic state, subdepression, existence, psychodiagnostics, psychological help.

Концепция всеобъемлющей охраны психического здоровья населения базируется на стремлении общества к оказанию психологической помощи не только отдельным лицам и их семьям, но также конкретным группам, в том числе профессиональным. Понятие профессионального здоровья интегрирует сложные взаимоотношения человека с профессиональной средой и является мерой согласованности социальных потребностей общества и возможностей человека в условиях профессиональной деятельности. Актуальность исследования проблемы преневротических субдепрессивных состояний, их генеза, феноменологии, превенции и коррекции имеет непреходящий характер, обусловленный перманентно сохраняющим свою значимость социальным заказом, обращенным к психиатрии и клинической психологии. Работа с депрессивными состояниями несет клинический, психиатрический смысл, но количество лиц, обращающихся к клиническим психологам с преневротической, субдепрессивной симптоматикой, непрерывно растет.

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) является важным проявлением профессиональной деформации. Это проблема той цены, которую профессионал платит за обеспечение своей целостности, сохраняя устойчивость многомерного бытия в меняющемся мире. Психическое состояние при СЭВ клиницисты называют пограничными или предболезнью. Поэтому чрезвычайно актуальной является задача разработки специализированной системы психологической профилактики (превенции) «выгоревшим» на основе современных исследований в области теории личности, социальной, медицинской психологии и психологической помощи. Актуальным является до сих пор мало изученный экзистенциальный аспект анализа выгорания, включающий исследование взаимосвязи выгорания с такими экзистенциальными факторами, как разочарование в избранном деле, обесценивание и потеря смысла своих усилий, зависимость от работы, носящая перфекционистский характер.

В представляемой статье выгорание (СЭВ) рассматривается как клиничко-психологический феномен, предметом исследования явились закономерности генеза и феноменология преневротических субдепрессивных состояний при эмоциональном выгорании, их психодиагностика и психологическая помощь представителям групп «помогающих» профессий. В исследовании проверялись гипотезы о обусловленности возникновения и развития субдепрессивных расстройств в структуре эмоционального выгорания комплексом экзистенциальных проблем, с которым приходится сталкиваться представителям «помогающих» профессий, а также о появлении экзистенциальных смыслов жизнеосуществления у профессионала как предикторе успешности нивелирования преневротической субдепрессивной симптоматики в результате получения психологической помощи.

Теоретико-методологическую основу исследования представляют основные теоретические ориентации, существующие в современной психологии: культурно-исторический подход к изучению патологии личности, разработанный в московской психологической школе Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн. Концептуальной основой психологической помощи стала гипотеза «экзистенциального миропонимания» по Д. Леонтьеву, базирующаяся на его мультирегуляторной «возможностной» модели личности, а также экзистенциальный штудии А. Лэнгле [1–2]. Выборку исследования составили 968 представителей «помогающих» профессий, у 465 из них по результатам психодиагностики был выявлен синдром эмоционального выгорания — они составили основную, экспериментальную группу. Контрольная группа из 503 человек представляла профессионалов без СЭВ и без депрессии.

Результаты исследования показали, что преневротические субдепрессивные состояния при СЭВ разных уровней является показателем состояния личностной и коммуникативной сферы человека, работающего в сфере «помогающих» профессий и их следует рассматривать как реакции человека на истощение в виде личной отстраненности и в форме экономичного проявления эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия. У представителей всех типов «помогающих» профессий обнаружен психологический коррелят клинического проявления преневротических субдепрессивных состояний при СЭВ — экзистенциальная проблематика. Обращенность к личностно-коммуникативным и экзистенциальным факторам в смысложизненных ориентациях профессионала является концептуальной основой программы психологической помощи лицам с преневротическими субдепрессивными расстройствами при СЭВ. Программа направлена на восстановление в смысложизненных ориентациях самопонимания в коммуникации как важного критерия личностного роста и осознания своих экзистенциальных проблем.

Обнаружено, что в процессе оказания психологической помощи происходят позитивные изменения в системе смысложизненных ориентаций, системе отношений, расширение сферы самопонимания экзистенциальных проблем. Эффективность оказания психологической помощи «выгоревшим» с преневротическими субдепрессивными симптомами при СЭВ обеспечивает овладение ими определенными психологическими знаниями и умениями, которые при пролонгации могут скорректировать личностно-коммуникативные и экзистенциальные аспекты профессиональной деятельности, что приводит к нивелированию симптоматики.

Таким образом, эмпирическая дескрипция в исследовании, обращенная к методам экзистенциальной психологии, указывает на взаимосвязь выгорания с такими факторами, как критические жизненные собы-

тия, ценности, разочарование в избранном деле, обесценивание и потеря смысла своих усилий, переживание одиночества, зависимость от работы, приводящая к отчаянию и экзистенциальной пустоте. Эти факторы послужили мишенями психологической помощи, и логика исследования позволила обнаружить движе-

ние экзистенциально-аналитической мысли от понимания того, каков человек (антропология), к раскрытию блокад переживания, проявляющихся в психологических проблемах, субдепрессивной картине состояния и в выгорании человека как профессионала (преклиника).

Библиографический список

1. Леонтьев Д. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). М.: Смысл, 2000. 18 с.
2. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа: теоретическое исследование // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 3–16.

BUILDING INDIVIDUAL AND COMMUNITY RESILIENCE IN THIS AGE OF DEPRESSION AND ENVIRONMENTAL TRAUMA

**Nemeth D. G., PhD, MP, Clinical, Medical, and Neuropsychologist,
Co-Secretary General of the World Council for Psychology**

Key Note Address Delivered at the First World Congress on Mental Health
Moscow, Russia, October 6–9, 2016

The concept of resilience, the ability to be focused on today, to learn from yesterday, and to imagine oneself in tomorrow, is as old as time itself. It has evolved from the Latin word “resiliens,” meaning to rebound, which was reportedly coined in the 17th century. According to the work of Dr. George Bonanno, it typically refers to “the ability to bounce back from a crisis, to engage in positive coping actions, to request and accept support, and to look forward toward a better future” (as cited in Kuriansky, 2012, p. 143).

Resilience is a biopsychosocial phenomenon. For example, the research conducted by Genomind, Inc. regarding the effectiveness of mental health medications reveals that many individuals do not benefit from the psychopharmacological treatment of depression with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI’s), such as Fluoxetine or Sertraline. These individuals often have low stress resilience and are more prone to suffer from Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Genomind, Inc. 2015). Thus, many individuals may naturally be unable to benefit from these biochemical interventions. As there are such limited world-wide supplies of these medications and as researchers, such as Dr. Irving Kirsch, in his 2010 book, *The Emperor’s New Drugs*, point out, less than 20% of those prescribed anti-depressant medications actually benefit from them (p. 28). We therefore must look to non-pharmacological approaches to promote resilience and reduce depression. At the 4th World Congress for Psychotherapy, held in Buenos Aires, Argentina, my colleagues and I wrote a position paper which was presented by Drs. Jose Thomé and Guillermo Garrido at the United Nations on September 7, 2005. This paper highlighted the importance of reducing emotional suffering world-wide (Pritz et al., 2005). Now, over 10 years later, I

hypothesize that depression is the most significant form of emotional suffering in the world and that those who are suffering have experienced a collapse of resilience. Thus, whether they are biologically prone to a collapse of their resilient abilities, or psychologically prone, or socially prone, these individuals have now succumbed to depression. According to Moerman, they have lost their sense of meaning (as cited in Kirsch, p. 164).

Depression is currently a world-wide epidemic. According to the World Health Organization (WHO), it is now the leading cause of disability and is a major contributor to the global burden of disease.

Due to the overwhelming amount of social instability and lack of economic opportunity in the world, people are collapsing under the weight of the obstacles they face. Many do not have access to clean water or safe dwellings.

In 1954, Abraham Maslow, an American psychologist, refined his Hierarchy of Needs in his book, *Motivation and Personality*. Maslow arranged the Hierarchy of Needs in a pyramid from the basics (such as physiological, safety, love/belonging, and esteem) to the ultimate (self-actualization) (Maslow, 1954).

As is apparent, most people are a long way from achieving Self-Actualization. Oftentimes, people find themselves struggling with securing their basic needs, which must take priority over endeavoring to reach their full potential. Wars, environmental traumas, famines, and diseases are only a few of the stressors that keep people from ascending this hierarchy. When considering these stressors, both the ecodynamics-how humans affect the environment-and the ecokinetics-how the environment affects humans-must be considered (Nemeth, 2015).

It is hard to be resilient when you do not have a home. Regardless of where they are in the world, people long for home. This longing is often referred to as “oikophilia.” It is a basic need for people to reconnect with their roots, and to rebuild their communities.

Rebuilding can be difficult without resources. Resources can be either external or internal. Dr. Judith Rodin, in her 2014 book *The Resilience Dividend*, describes resilience as an inner resource. She outlines five main characteristics of resilience. They include being:

1. Aware→As knowing one’s strengths and assets;
2. Adaptive→As having the capacity to adjust to changing circumstances;
3. Diverse→As having multiple capacity sources to operate even when challenged;
4. Integrated→As being able to coordinate one’s functions (feelings) and actions; and
5. Self-Regulating→As being able to deal with difficult situations and disruptions without extreme malfunction or catastrophic collapse.

In our current world, as Dr. Rodin points out, “building resilience is one of our most urgent social and economic issues because we live in a world that is defined by disruption (2014, p. 6–7).

The capacity to respond to change is crucial to maintaining one’s physical health and emotional well-being. Gradual change is easier to manage than sudden change. Even when we expect it, we seldom are prepared to deal with sudden change effectively.

For example, it is one thing to expect and to prepare for change; it is quite another thing to experience it and survive. In the United States of America, Louisiana state government officials conducted three mock hurricane preparedness workshops, called Hurricane Pam. The third workshop was held shortly before the infamous Hurricane Katrina. Yet, when Hurricane Katrina actually hit New Orleans on August 29, 2005, all of those well-practiced community plans fell apart. As a result, chaos prevailed. Everything that could go wrong, did go wrong. Similar outcomes occurred in Fukushima and in Chernobyl. In fact, Onishi, Voitsekhovich, and Zheleznyak, in their 2007 book, *Chernobyl—What Have We Learned?* concluded that the most lasting public health effect of Chernobyl was psychological (Onishi, Voitsekhovich, & Zheleznyak 2007), as it was in Hurricane Katrina.

On the 10th anniversary of Hurricane Katrina, we held wellness workshops in New Orleans, Louisiana. Ten years after Katrina, many participants were still suffering emotionally. They had not recovered fully and the expected anniversary reactions were deeply felt. Most workshop participants had never interacted with a psychologist or social worker before. They had not understood the power of healing spiritual music, psychological exercises, and group cohesion. The value of obtaining basic information about emotional trauma, developmental regression at times of trauma, and anniversary reactions was offered. By revisiting and rebuilding developmental stages, grief work was accomplished. Then, new affective coping strategies and

emotional freedom techniques were introduced. Individual and community drawing exercises and discussions helped participants to regain their sense of resilience. Basically, it was necessary to go back developmentally in order to move forward emotionally. In less than **seven** hours, anxiety was reduced and resilience was restored.

These wellness workshops fostered individual resilience and social cohesion. According to Dr. Rodin, 2014, social cohesion is “the glue that binds people to one another.” “Genuine commitment and caring, shared values and beliefs, engagement, common purpose, and sense of identity” make “all the difference in building resilience” (p. 61). That is why our anniversary workshops have been so successful. They encourage bonding and reduce loneliness.

Loneliness is a very dangerous phenomenon. It is estimated that 90% of people experience some type of emotional trauma in their lifetime (Rehm, 2015). After such a trauma, people often disengage. But disengagement can also be very dangerous. According to Cacioppo and Patrick (2009), chronic loneliness can lead to cognitive dysfunction, emotional disturbance, paranoia, and social detachment. Encouraging individuals to reform communities (e.g., social networks) helps them to recover from emotional trauma. In communities, resilience is fostered, loneliness is reduced, and depression is averted. (Specific individual and community resilience building exercises will be included in this keynote speech.) Identifying one’s strengths and weaknesses and listening actively and attentively are very important building blocks for resilience.

When we are unable to listen, we are either preoccupied with our own inner concerns or frozen with fear. In a state of depression, we are often internally preoccupied with our own thoughts; whereas, in a state of traumatic distress, we are often externally frozen with fear. As Dr. Reuven Bar-Lavov concluded in his 1988 book, *Thinking in the Shadow of Feelings*, productive responding is thwarted. Currently, the logical approach to healthy problem solving is “ready, aim, fire.” Today, however, many people are using ideology rather than logic. This produces a hysterical form of responding, labeled by Robert Birnbaum (2013) as “ready, fire, aim.” Such responses lead to chaos. Chaos leads to trauma, and trauma eventuates in depression.

In conclusion, we often hear, but do not listen. We often judge, but do not understand. We often act, but do not know why. We are losing the art of listening, of truly being able to consider one another’s points of view. Yet resilience requires listening. It also requires empathy and understanding. How can we be resilient, yet lack compassion? How can we experience well-being, yet lack balance? How can we avoid depression, yet lack social connection? If we are to truly survive and thrive, we must re-define our individual, social, and collective priorities. Accepting resilience as a biopsychosocial phenomenon will surely prepare us for the challenges that lie ahead.

К ВОПРОСУ О БАРЬЕРАХ ЗДОРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Никифоров Г. С., д. псих. н., профессор, Водопьянова Н. Е., д. псих. н., доцент,
Старченкова Е. С., к. псих. н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Аннотация

В статье рассматривается одна из актуальных проблем психологии здоровья — барьеры, препятствующие человеку осуществлять в процессе своей жизнедеятельности здоровое поведение. Барьеры здорового поведения тесно взаимосвязаны с вопросами образа жизни и отношения человека к собственному здоровью. На основе обобщения отечественных и зарубежных данных приведена авторская классификация барьеров здорового поведения.

Ключевые слова

Здоровый образ жизни, отношение к здоровью, барьеры здорового поведения.

REGARDING THE ISSUE OF BARRIERS TO HEALTHY BEHAVIOUR

**Nikiforov G. S., Psy. D., Professor, Vodopyanova N. E., Psy. D., Associate Professor,
Starchenkova E. S., PhD (Psychology), Associate Professor,
Saint Petersburg State University,
Saint Petersburg, Russian Federation**

Abstract

The article is devoted to the burning issue of health psychology—barriers to healthy behaviour. Barriers to healthy behaviour are closely linked with issues of lifestyle and person's attitude towards his or her own health. On the basis of generalization of Russian and foreign data, the authors suggest the classification of barriers to healthy behaviour.

Key words

Lifestyle, healthy lifestyle, attitude towards health, barriers to healthy behaviour.

В общей проблематике психологии человека выявление состава и раскрытие содержания критериев психического и социального здоровья является одним из ключевых вопросов. От степени его разработанности будет зависеть мера практической востребованности психологии здоровья как научного направления, качество и полнота раскрытия ее системообразующей темы — психологического обеспечения здоровья человека на всем протяжении его жизненного пути [6]. Но есть и еще одна проблема, не в меньшей степени предопределяющая перспективы развития психологии здоровья, — это проблема барьеров, препятствующих человеку осуществлять в процессе своей жизнедеятельности здоровое поведение. Она органично сочетается с вопросами образа жизни и отношения человека к собственному здоровью.

На сегодняшний день общепринятым является положение о том, что определяющая роль в обеспечении здоровья человека принадлежит его образу жизни. Роль этого фактора в значительной степени опережает влияние на здоровье наследственности, внешней среды (экология), медицинской помощи.

Здоровый образ жизни — понятие комплексное, но более узкое, чем собственно образ жизни. Большин-

ство исследователей определяют здоровый образ жизни как совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человеческого организма, при которых все его системы работают долговечно, а также совокупность рациональных методов, способствующих укреплению здоровья, гармоничному развитию личности, методов труда и отдыха.

Разработка проблемы барьеров здорового поведения с неизбежностью предполагает обращение к категории отношения. Приоритет в постановке этой темы в психологии принадлежит А. Ф. Лазурскому [2]. Он рассматривал личность как биосоциальный организм, подчеркивая в качестве ее главной основы нервно-психическую организацию. Другой ее важной стороной ученый считал отношение личности к внешней среде (природе, людям, социальным группам, духовным ценностям и др.). А. Ф. Лазурский придавал особое значение отношениям в достижении душевной гармонии личности, под которой понимал разносторонность, полноту и согласие психических функций человека. Вершина разработки идеи отношений в отечественной психологии представлена в творчестве В. Н. Мясищева. Одно из ключевых положений разработанной В. Н. Мясищевым концепции формулиру-

ется так: личность — это система, психическое — это, прежде всего, система отношений [4].

Последующая разработка проблемы отношений позволила увидеть ее непосредственную связь с обеспечением психического здоровья личности. Так, по мнению В. С. Мерлина [5], человек проявляет себя как личность лишь в процессе осуществления сознательно поставленных целей и активного воздействия на окружающий мир. При этом индивидуальные способы действия по реализации каких-либо целей, в том числе и осуществлении здорового поведения, всегда обусловлены активными отношениями личности. Только их устойчивость и постоянство позволяет личности противостоять воздействиям среды, преодолевать сопротивление внешних условий, бороться с препятствиями и осуществлять реализацию своих намерений.

Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

В целом отношение к здоровью является одним из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья. Поиск ответа на него сводится в своей сущности к одному: как добиться того, чтобы здоровье стало ведущей, органичной потребностью человека на всем протяжении его жизненного пути. Обобщение отечественных и зарубежных данных показывает, что формированию адекватного отношения человека к собственному здоровью и, соответственно, реализации здорового поведения препятствует ряд субъективно выраженных или объективно обусловленных причин [1, 6, 8].

1. Здоровый человек обычно не считает нужным предпринимать какие-то специальные действия по сохранению и укреплению своего здоровья, пока оно в порядке. В состоянии полного физического или психического благополучия потребность в здоровье как бы не замечается человеком, выпадает из поля его зрения, он верит в нерушимость собственного здоровья.
2. Здоровье начинает привлекать к себе внимание, когда с ним возникают какие-то проблемы. Здоровье приобретает актуальную жизненную необходимость, особую значимость тогда, когда оно уже нарушено.
3. Одной из причин пассивного отношения к здоровью является недостаток необходимых знаний о нем, о способах его формирования, сохранения и укрепления.
4. Нездоровое поведение часто связано с отсутствием осознания отложенных долговременных последствий нездоровых привычек (курения, нарушений в области питания, личной гигиены, режима труда и отдыха и пр.).
5. Установка на пассивное отношение к здоровью, находящая отражение в рассуждениях типа «если человеку суждено заболеть, что бы он ни делал, все равно заболит», обуславливает соответствующее поведение, которое рано или поздно приводит к ослаблению здоровья.
6. Нездоровое поведение часто оправдывается при помощи механизмов психологической защиты. Например, отрицания в виде блокирования негативной информации «на входе» (например, «со мной этого не может быть») или стремления избежать новой информации (например, «мне не надо проходить медицинский осмотр, так как я совершенно здоров»), а также рационализации для оправдания неадекватного отношения к здоровью на поведенческом уровне.
7. Значительная часть самосохранительного поведения человека определяется его представлениями о здоровье, которые формируются в процессе индивидуального развития. В первую очередь это обусловлено избирательностью восприятия, благодаря которой вся поступающая информация о здоровом поведении, не соответствующая убеждениям человека, просто не воспринимается им или подвергается критике. Тогда вероятность следования рекомендациям по укреплению здоровья будет невысокой.
8. Существует эффект «задержанной обратной связи» от усилий по работе над здоровьем. Люди редко настроены на терпеливую, долговременную, систематическую работу над собственным здоровьем из-за отсутствия быстрого эффекта.
9. Возрастная динамика значимости здоровья проявляется в том, что его приоритетная роль чаще отмечается представителями среднего и особенно старшего поколения. Молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. Если они и уделяют внимание здоровью, то преимущественно его физической составляющей. В понимании молодежи роль психического и социального здоровья обычно не находит должного места.
10. Социальное давление проявляется ориентацией в нездоровом поведении на референтную для человека группу. Это особенно важно учитывать при формировании здорового поведения в подростковом возрасте.
11. В пропаганде здорового образа жизни преобладают запреты. Чем сильнее запреты, тем больше вероятность, что они вызовут обратную реакцию и пробудят интерес к запретной теме.
12. Поддержка формирования здорового образа жизни у населения на государственном уровне осуществляется в недостаточной мере.

Перечисленные проблемы показывают важность изучения барьеров здорового поведения и ориентируют на продолжение дальнейших исследований с целью выявления факторов и условий противодействия их проявлению.

Библиографический список

1. Березовская Р. А., Никифоров Г. С. Отношение к здоровью / Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. С. 279–283.
2. Лазурский А. Ф. Классификация личностей. Ленинград, 1925.
3. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. М., 1986.
4. Мясищев В. Н. Психология отношений: избранные психологические труды / Ред. А. А. Бодалев. М.—Воронеж, 1995. 356 с.
5. Никифоров Г. С. К вопросу о критериях психического здоровья / Психология: итоги и перспективы / Под ред. А. А. Крылова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1996.
6. Никифоров Г. С. Психология здоровья. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2002.
7. Никифоров Г. С., Августова Л. И. Представления о критериях здоровья человека // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 16. Вып. 4. 2013. С. 4–13.
8. Никифоров Г. С., Водопьянова Н. Е., Березовская Р. А., Старченкова Е. С. Психологические факторы профессионального здоровья преподавателей высшей школ // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. 2015. № 4. С. 42–54.

РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ В НОРМЕ И ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: КУЛЬТУРНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД

Первичко Е. И., к. псих. н., доцент,
Факультет психологии МГУ имени М. В. Ломоносова,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Представлены результаты исследования регуляции эмоций (РЭ) в норме и эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ). Показано, что РЭ у больных ЭАГ (и у пациентов со стресс-индуцированной гипертонией в особенности) характеризуется наличием выраженного «конфликта достижения», дефицитом личностной рефлексии, а также ограничениями в использовании ресурса имеющихся стратегий РЭ.

Ключевые слова

Культурно-деятельностная парадигма, регуляция эмоций, эссенциальная артериальная гипертензия, стресс-индуцированная гипертония.

EMOTION REGULATION IN HEALTHY SUBJECTS AND IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION: CULTURAL-ACTIVITY APPROACH

Pervichko E. I., PhD (Psychology), Associate Professor,
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The results of the study on emotion regulation (ER) in healthy subjects and in patients with essential hypertension (EH) are presented. It is shown that ER in EAH patients (and among them in patients with stress-induced hypertension, in particular) is characterized by the intense “achievement conflict”, the deficit of personal reflection, as well as limitations in the use of resources of ER strategies.

Key words

Cultural-activity paradigm, emotion regulation, essential hypertension, stress-induced hypertension.

Проблему регуляции эмоций (РЭ) в норме и патологии специалисты относят к числу наиболее актуальных проблем психологии на современном этапе ее развития [2, 3, 5]. В исследованиях последних лет сформировалось представление о РЭ как о совокупности осознаваемых и неосознаваемых психических процессов, усиливающих, ослабляющих, модифицирующих, перенаправляющих либо удерживающих на одном уровне качество и интенсивность эмоциональных реакций и эмоциональных состояний человека для то-

го, чтобы позволить ему функционировать адаптивно в эмоционально значимых ситуациях [3].

Одной из клинических моделей, традиционно рассматриваемых в качестве релевантных для изучения эмоций и их регуляторных составляющих, являются пациенты с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) [4, 6]. Однако содержательная специфика РЭ этих больных по-прежнему остается мало изученной. В настоящее время выявляется особая группа пациентов с ЭАГ, у которых значения артериального давления (АД) на работе оказываются выше значений АД в нерабочее время. Такая форма АГ получила название «гипертонии на рабочем месте» [6].

Цель исследования. изучить особенности РЭ у пациентов с «гипертонией на рабочем месте» и с «классической» ЭАГ, в сравнении со здоровыми лицами в рамках методологии культурно-деятельностного подхода.

Для изучения РЭ нами был разработан диагностический комплекс, включающий экспериментальное моделирование эмоциональной нагрузки в условиях применения процедуры оценки уровня притязаний (УП), показателей невербальной активности, уровня реактивной тревожности (РТ) по шкале Спилбергера-Ханина и показателей АД. Значения РТ и АД фиксировались до- и после эксперимента.

Особое место в методическом комплексе занимали приемы, направленные на проективное и психосемантическое исследование фрустрационных реакций по модифицированному нами варианту теста Розенцвейга [1, 5]. В качестве основных показателей регистрировались: (1) количество ситуаций, отнесенных участниками к разряду травматичных; (2) количество эмоциональных дескрипторов, отобранных испытуемыми для описания переживаний в этих ситуациях; (3) процентное соотношение дескрипторов эмоций семи базовых модальностей в категориальных структурах переживаний участников исследования в отобранных ими ситуациях. Особая рефлексивная «нагруженность» исследования задавалась инструкцией, в соответствии с которой участники должны были ответить на три вопроса: А — «что бы Вы ответили в данной ситуации?»; В — «что бы Вы при этом подумали?»; С — «что надо было бы ответить, чтобы уменьшить травматическое значение ситуации?». На основании данных контент-анализа ответов испытуемых были выделены стратегии РЭ, используемые ими для разрешения отобранных ситуаций.

Обследовано 85 пациентов с «гипертонией на рабочем месте» (средний возраст $44,7 \pm 4,3$ лет), 85 больных с «классической» ЭАГ (средний возраст $47,4 \pm 4,5$ лет) и 82 здоровых человека (средний возраст $44,9 \pm 3,1$ лет). Длительность АГ у больных в среднем составила $7,2 \pm 2,6$ лет и была сопоставима в обеих группах.

Основные результаты. Показано, что **больные ЭАГ обеих групп** демонстрируют специфический комплекс особенностей РЭ при моделировании эмоциональной нагрузки, который отличает их от здоровых лиц. У них регистрируется достоверно больший подъем систолического АД (САД) по сравнению со

здоровыми лицами (в среднем на 10 и 2 мм рт. ст. соответственно). УП этих пациентов характеризуется значимо большей неадекватностью и неустойчивостью, а невербальное поведение — существенно большим количеством жестов и частым изменением тона голоса, по сравнению со здоровыми лицами. Больные ЭАГ, в отличие от здоровых лиц, значимо чаще относят к разряду травматичных относительно нейтральные ситуации и выбирают большее количество дескрипторов для описания переживаний. Эти факты свидетельствуют о более высокой чувствительности больных ЭАГ, в сравнении со здоровыми лицами, к эмоциогенным ситуациям. Больные ЭАГ достоверно отличаются от здоровых лиц более высокой представленностью в категориальных структурах переживаний эмоций модальности «страх», и более низкой — модальности «удивление». Всем пациентам с ЭАГ свойственно более частое использование стратегии подавления экспрессии эмоций на этапе спонтанного отреагирования.

Группа пациентов с «гипертонией на рабочем месте», по сравнению с больными ЭАГ из второй группы, характеризуется достоверно большим подъемом САД (в среднем на 16 и 4 мм рт. ст. соответственно) в ответ на эмоциональную нагрузку. Для них характерно отсутствие увеличения РТ в процессе эксперимента, большая частота неадекватности (69,4%) и неустойчивости (56,5%) УП. Их поведение отличалось менее активной жестикуляцией, менее частой сменой поз, но более активной мимикой и более частыми изменениями тона голоса, по сравнению с больными «классической» ЭАГ. Им свойственно максимально интенсивное в данном исследовании переживание эмоций модальностей «гнев», «презрение» и «страх» как в ситуациях обвинения, так и в ситуациях препятствия. Этих пациентов отличает достоверно более частое использование в условиях спонтанного отреагирования *стратегии подавления экспрессии эмоций* и достоверно более редкое — *стратегии непосредственного отреагирования*, в сравнении с больными ЭАГ из второй группы.

Пациенты с «классической» ЭАГ достоверно отличаются от испытуемых двух других групп более частым использованием наименее когнитивно опосредованных стратегий РЭ в условиях спонтанного отреагирования. При моделировании эмоциональной нагрузки у них наиболее часто выявляется *открыто тревожный тип реагирования*, характеризующийся увеличением РТ в ходе эксперимента, богатством поведенческих проявлений, в сочетании с приростом САД в диапазоне 4–8 мм рт. ст.

В структуре стратегий РЭ здоровых лиц в условиях спонтанного отреагирования с наибольшими частотами представлены стратегии «*последовательная актуализация новых смыслов*» и «*конфликтно-коммуникативное отреагирование*»; в условиях инструкции С — стратегии «*субъект-субъектные интерактивные трансформации*» и «*последовательная актуализация новых смыслов*». Здоровые лица отличаются от больных ЭАГ более частым использованием *стратегии трансформа-*

ции переживаний с помощью юмора (в условиях А и С).

Заключение. В исследовании с использованием методологии культурно-деятельностной парадигмы показано, что здоровые лица, в сравнении с больными ЭАГ обеих групп, достоверно более часто используют стратегии РЭ, более конструктивные с точки зрения решения адаптационных задач и более сложные по когнитивному содержанию. Пациенты с ЭАГ обеих групп отличаются более высокой чувствительностью к эмоциогенным ситуациям, в сравнении со здоровыми лицами.

Пациенты с «гипертонией на рабочем месте» наиболее часто прибегают к подавлению экспрессии эмоций. В категориальных структурах их переживаний с

большей частотой представлены дескрипторы модальностей «гнев», «презрение» и «страх».

Анализ и интерпретация результатов позволяют заключить, что РЭ у больных ЭАГ (и у пациентов со стресс-индуцированной гипертонией в особенности) характеризуется наличием выраженного «конфликта достижения», дефицитом личностной рефлексии, а также ограничениями в использовании ресурса имеющихся стратегий регуляции эмоций.

Полученные результаты расширяют представления об этиологии и патогенезе ЭАГ; приобретают особую значимость в контексте решения профилактических, диагностических и психотерапевтических задач; позволяют обозначить новые цели для дальнейших исследований.

Библиографический список

1. *Первичко Е. И.* Состояния психической напряженности у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Дис. ... канд. психол. наук. М., 1996.
2. *Тхостов А. Ш., Колымба И. Г.* Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты. Ч. 2. Патология эмоций в клинике аффективных и тревожных расстройств // Психологический журнал. 1998. Том 19. № 5. С. 81–87.
3. *Gross J. J., Jazaieri H.* Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective // *Clinical Psychological Science*. 2014. Vol. 2. No. 4. P. 387–401.
4. *Jonas B., Franks P., Ingram D.* Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension // *Archives of Family Medicine*. 1997. No. 6. P. 43–49.
5. *Pervichko E., Zinchenko Y.* Rosenzweig Picture-Frustration Test Modification for a Study of Emotion Regulation Strategies Among the Patients with Stress-Induced Hypertension // *European Psychiatry*, 2016, Vol. 33, P. S709–S710.
6. *Stork J., Schrader J., Mann H., Noring R.* Einfluß der beruflichen Tätigkeit auf den Blutdruckverlauf über 24 Stunden // *Nieren und Hochdruckkrankheiten*. 1992. No. 10. P. 466–468.

ЭМПИРИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА В ПЕРИОД ПЕРЕЖИВАНИЯ КРИЗИСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ

Попова К. Е., Сысоева О. В., доцент, к. псих. н.,
ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет
Минздрав России»,
Хабаровск, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается проблема профессионального самоопределения молодого врача. Предложенная эмпирическая модель личности врача в период переживания кризиса профессионального самоопределения поможет специалистам помогающих профессий лучше разобраться в себе и морально подготовиться к трудностям профессии врача, о которых обычно не говорят на студенческой скамье.

Ключевые слова

Личность врача, профессиональное самоопределение, профессиональный кризис, экстернальность, интернальность.

EMPIRICAL IDENTITY MODEL OF A PHYSICIAN DURING PROFESSIONAL SELF-IDENTITY CRISIS

Popova K. E., Sysoeva O. V., PhD (Psychology), Associate Professor,
SBEI HPE "Far Eastern State Medical University Russian Ministry of Health",
Khabarovsk, Russian Federation

Abstract

This article focuses on the issue of professional self-identification of the young doctor. The proposed empirical model of a physician's personality during the crisis of professional identity will assist specialists of helping professions to understand themselves better and to morally prepare for the challenges of the medical profession, which are usually not discussed in the classroom.

Key words

Physician's personality, profession, professional crisis, externality, internality.

По мнению ряда исследователей профессиональное самоопределение образуется в периоде выбора своей будущей специальности, выполняется по средствам формирования у человека понимания себя как субъекта профессиональной деятельности на основании оценки собственного уровня профессионализации. Теоретически это процесс завершается, если человек становится специалистом в выбранной сфере деятельности [2]. Однако, в медицинской профессии, да и в ряде других профессиях сферы «человек» — «человек» процесс профессионального самоопределения как правило к моменту получения диплома о высшем образовании не заканчивается, а только начинается.

Мы задались целью сконструировать «модель» личности врача в процессе переживания им кризиса профессионального самоопределения. Согласно ГОС-2 не так давно реализованному в Российских медицинских вузах, молодые специалисты по окончании медицинского вуза должны были выбирать специализацию через обучение в интернатуре. Именно

эти выпускники и приняли участие в нашем исследовании. Число респондентов составило 30 молодых врачей различных специальностей, работающие в ГБ г. Хабаровска, со стажем работы до 5 лет, в возрасте от 23 до 32 лет (8 мужчин и 22 женщины). Исследование проводилось в период 2014–2015 годов. В ходе эмпирического исследования были использованы следующие психодиагностические методики: методика «Уровень соотношения „ценности“ и „доступности“ в различных жизненных сферах» (Е. Б. Фанталова) [5:7], опросник социально-психологической адаптивности (шкала СПА), разработанный в 1954 г. К. Роджерсом и Р. Даймондом [1:143–146], опросник «Самоактуализация» по Маслоу [1:315–321], опросник личностной и групповой удовлетворенности работой [1:348–349], Гиссенский опросник жалоб [3:14–17].

Эмпирическая модель личности врача-специалиста в период переживания кризиса профессионального самоопределения выглядит следующим образом: на сегодняшний день мы имеем дело с самоактуализиро-

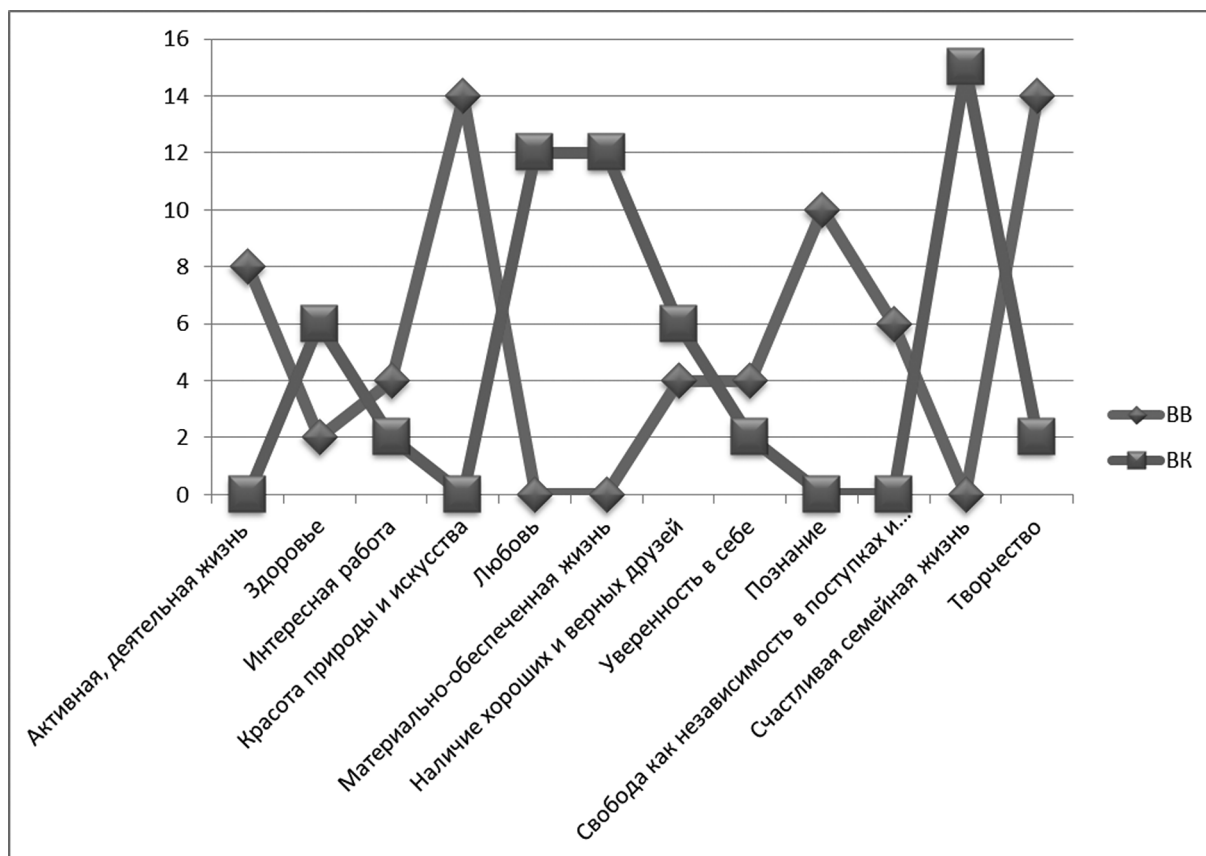


Рис. 1. Составляющие внутреннего конфликта (BK) и внутреннего вакуума (BB) у молодых врачей

ванной личностью, имеющей выраженную неудовлетворенность работой, выбранной специальностью, и как результат, с нереализованными потребностями в финансовом благополучии, подкрепляемом недостатком в счастливой семейной жизни, отсутствием необходимости в реализации общеразвивающих понятий (природа и искусство). Но несмотря ни на что, имеющие высокий уровень адаптации и самопринятия, совершенства внутреннего контроля и стремления к доминированию. Необходимо отметить, что это модель молодого врача, способного реализовывать благие цели, вопреки личным. Однако возникает вопрос: Как долго такой молодой специалист способен реализовываться в своей профессии?!

Согласно подобранным методикам были получены следующие результаты: по методике Е. Б. Фанталовой наиболее ценными в жизни молодых врачей-специалистов являются любовь, материальная обеспеченность и семья [5]. Значение их настолько велико, что достигает зоны внутреннего конфликта, заключающегося в значительном превышении Ценности над Доступностью. Когнитивные ценности, такие как природа, познание, творчество, не имеют для молодых врачей-специалистов в их настоящем жизненном периоде серьезного значения, отходя на задний план и составляя в совокупности зону внутреннего вакуума, характеризующегося значительным превышением Доступности над Ценностью (см. рис. 1).

Согласно корреляционному анализу по критерию Пирсона выявлено, что интроверты имеют внутренние конфликты ($r = 0,37$), связанные с непринятием других ($r = 0,39$). А также у респондентов с увеличением возраста ($r = -0,61$) и стажа работы ($r = -0,44$) снижается внутренний вакуум, ощущение внутренней пустоты и отчужденности, что может свидетельствовать о факте смирения с невозможностью удовлетворения своих потребностей в полной мере и тогда менее значимые вещи обретают интерес.

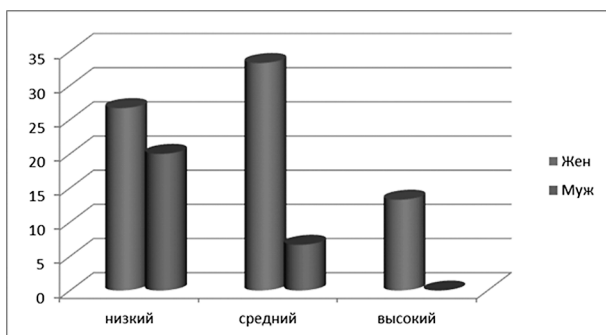


Рис. 2. Дезинтеграция в мотивационно-личностной сфере у мужчин и женщин

Уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере по методике К. Роджерса и Р. Даймонда у мужчин в большинстве случаев низкий (20%), у женщин средний (33,3%), следовательно, у женщин более выражено рассогласование между потребностями и возможностями их реализации. Высокая диссоциация в ценностно-мотивационной сфере ($РЦ-Д > 50$) была выявлена только у 4-х женщин (см. рис. 2).

Как ни странно, но на сегодняшний день большинство опрошенных являются интерналами (94%). Хотя по результатам диссертационного исследования О. В. Сысоевой (2006 г.) на тот момент большинство опрошенных врачей разных возрастных групп были экстерналами [4]. Хочется верить, что результаты реформирования медицинского образования дали результат в виде врачей, готовых брать на себя ответственность. Однако, доля экстерналов все-таки остается (7%) и это меньшинство больше всего нуждается в помощи специалистов, так как они не принимают себя (14%) и других (7%), испытывают эмоциональный дискомфорт, ведомы и стремятся убежать от реальности и необходимости брать на себя ответственность (14%) (см. рис. 3).

Большинство респондентов практически самоактуализированные люди (80%), больше половины из них — это лица старше 25 лет (53,3%), они имеют низкий уровень дезадаптации ($r = -0,4$) и ведомости ($r = -0,38$), одновременно испытывая эмоциональный комфорт ($r = 0,4$).

Удовлетворены работой только треть респондентов (26,7%) и в этой группе только женщины, причем именно эта группа по данным корреляционного анализа не испытывает соматических жалоб, остальная часть респондентов не удовлетворены работой (73,3%).

У исследуемой группы преобладает истощение ($r = 0,87$) и ревматический фактор (фактор боли) ($r = 0,87$), они и обуславливают повышенный относительно здоровой группы показатель давления жалоб. Следовательно, врачи-специалисты, имеющие относительно небольшой стаж работы и переживая кризис самоопределения, страдают в соматическом плане.

Таким образом, подтверждаются эмпирические гипотезы:

- 1) факторы, способствующие профессиональному самоопределению — интернальность, препятствующие — экстернальность (так как в ней присутствует эскапизм и дезадаптивность);
- 2) выстраиваемая модель личности врача-специалиста не вписывается в систему здравоохранения Р.Ф., так как интернальность требует больше времени врачу для работы с пациентами, а в реальных условиях время резко ограничено, также необходимо больше времени на реабилитацию врача, что в практическом здравоохранении не возможно так как заработная плата специалиста низкая и врачу приходится работать на 1,5–2 ставки в дневное и ночное время в разных лечебных учреждениях для реализации своих базовых целей и потребностей (квартира, семья, отдых и т. д.).

В результате мы видим истощенного специалиста, не стремящегося к общественному познанию мира в связи с нехваткой свободного времени, это касается и семьи, в дальнейшем при отсутствии изменений, разрушение семьи и внутреннее опустошение. Все это говорит о том, что перестройка на уровне личности врача произошла, а перестройка в системе запаздывает, способствуя тем самым развитию внутриличност-

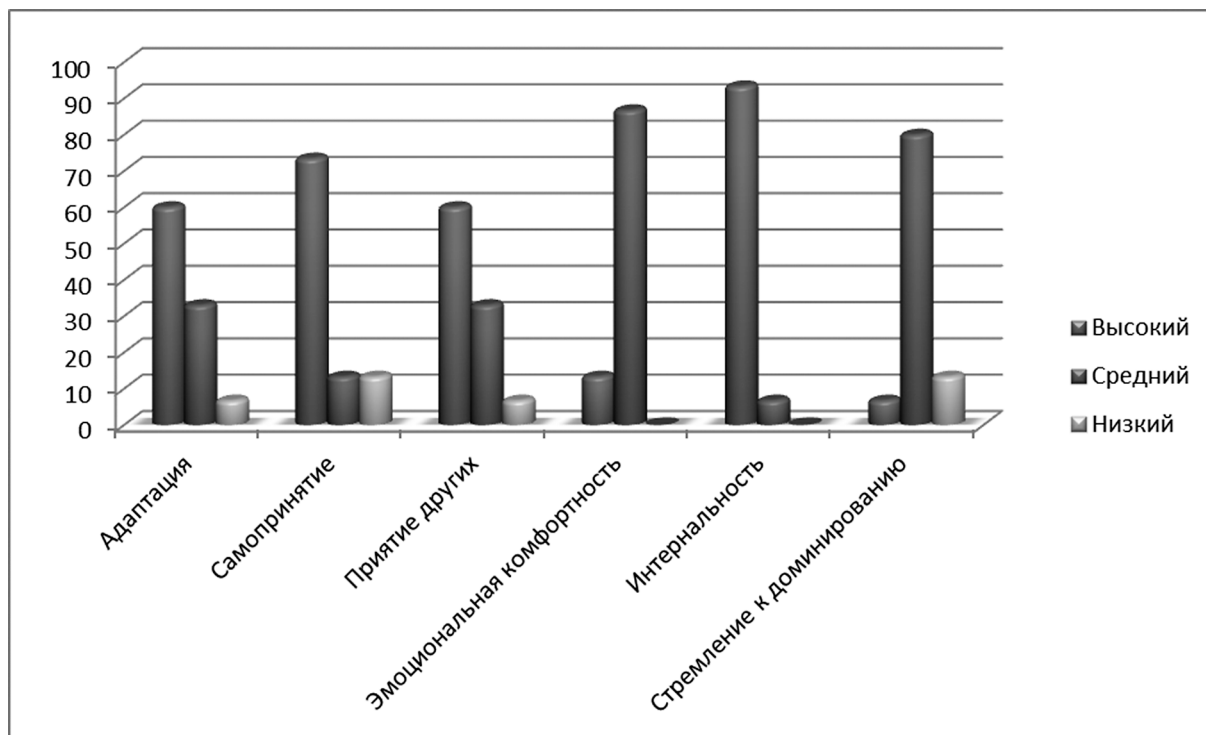


Рис. 3. Социально-психологическая адаптированность молодых врачей

ных конфликтов и процессу истощения специалистов медицинского профиля.

Программы по профилактике и коррекции, ориентированные на работу с истощенными врачами-специалистами должны проводиться повсеместно. Для внедрения этих программ и дальнейшей их модификации применительно к различным медицинским профессиям необходимо внесение изменений в учебные программы на всех уровнях профессионального медицинского образования.

Уже во время обучения в вузе необходимо проводить первичную профилактику синдрома истощения, которая должна включать два основных направления: информационное и обучающее. Заканчивая медицин-

ский вуз, врач уже будет иметь базовые знания о профессиональных деформациях и их профилактике, а также первичные навыки самопомощи.

Наиболее благоприятные и продуктивные периоды для изучения данных вопросов это периоды обучения врачей в интернатуре и ординатуре, на циклах общего и тематического усовершенствования.

Преимуществом обучающих и психокоррекционных программ является повышение переносимости врачом профессионального стресса и повышение мотивации к личностному росту. Также для качественной и высокопроизводительной работы медицинского персонала необходимы капиталовложения в образование, отдых и здоровье.

Библиографический список

1. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Диагностика личностной и групповой удовлетворенности работой / Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института психотерапии. 2002. С. 473–474.
2. Миронова Е. Р. Психологические детерминанты профессионально-личностного самоопределения врача-руководителя. 2005. 188 с. Научная библиотека диссертаций и авторефератов. — <http://www.dissercat.com/content/psikhologicheskie-determinanty-professionalno-lichnostnogo-samoopredeleniya-vracha-rukovodit#ixzz3UhzYWG7r>
3. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1998. 672 с.
4. Сысоева О. В. Психологические особенности ответственности врача в зависимости от этапа профессионализации // Автореф. дисс. Казань, 2006. 20 с.
5. Фанталова Е. Б. Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах: психометрическое исследование показателей. Методика // Мир психологии: научно-методический журнал. М., 2011. № 2(66) (апрель–июнь). С. 228–243.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ХОККЕИСТОВ В ПОСТКАРЬЕРНОМ ПЕРИОДЕ

Родыгина Ю. К. д. м. н., доцент,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный государственный Университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье обсуждаются психосоциальные особенности профессиональных хоккеистов завершивших спортивную карьеру, включающие их особенности характера, биологический возраст и качество жизни. Выявлен определенный психотип, также биологический возраст профессиональных хоккеистов превышает их хронологический возраст в среднем на 10 лет, при этом наибольшие проблемы, с которыми встречается хоккеист-профессионал в посткарьерном периоде находятся в сфере социального функционирования.

Ключевые слова

Психосоциальные характеристики профессиональных хоккеистов, посткарьерный период, качество жизни, биологический возраст, психотип.

PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF PROFESSIONAL HOCKEY PLAYERS IN THE POST CAREER PERIOD

Rodygina Y. K., MD, Associate Professor,
Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article discusses psycho-social characteristics of professional hockey players who have ended their careers including their personality characteristics, biological age and the quality of life. The authors identify a certain psychotype of a hockey player and establish that their biological age exceeds their chronological age by an average of 10 years. At the same time the greatest problems which a professional hockey player faces in the post-career period are connected with social functioning.

Key words

Psychosocial characteristics of professional hockey players, post-career period, quality of life, biological age, psychotype.

Профессиональный спорт выступает специфической средой, оказывающей значительное влияние на образ жизни спортсмена, на направленность его личности, на его социальный облик, а также на характеристики здоровья (биологические параметры) [2, 4].

Все в этом виде экстремальной деятельности подчинено цели победы и преодоления. Последствия сверх усилий человека при выполнении деятельности в экстремальных условиях физических и психических нагрузок, еще только анализируются учеными спорта, при этом изучаются отдельные, чаще летальные случаи, последствий экстремальных нагрузок. Обращение к комплексному анализу биопсихосоциальных характеристик спортсменов — профессионалов на этапе завершения спортивной карьеры, открывает пути к разработке системы медицинской, психологической и социальной реабилитации и профилактики послед-

ствий стрессовых нагрузок у спортсменов в посткарьерном периоде.

Методологической основой таких научных исследований является обращение к современной биопсихосоциальной парадигме, которая отражает интегративный подход, сложившийся в прикладных аспектах медицины и психологии. Такой подход мы встречаем в трудах Герберта Вайнера (психобиология) [5] в «биопсихосоциальной модели» Джорджа Энджела [3], в работах Ананьева [1], который говорит о человеке как о целом, являющемся одновременно и природным и общественным существом.

Цель исследования — выявление психосоциальных характеристик хоккеистов — профессионалов в посткарьерном периоде для разработки рекомендаций по предотвращению деструктивных социальных проявлений и предотвращению раннего ухода высококлассных спортсменов из профессионального спорта.

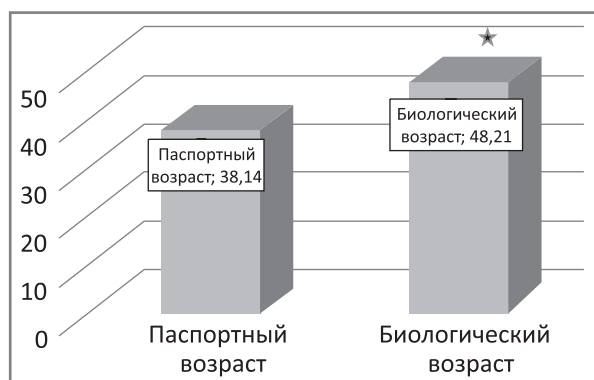


Рис. 1. Показатели паспортного и биологического возраста у хоккеистов закончивших спортивную карьеру
Примечание. * — статистические различия значимы при $p < 0,05$

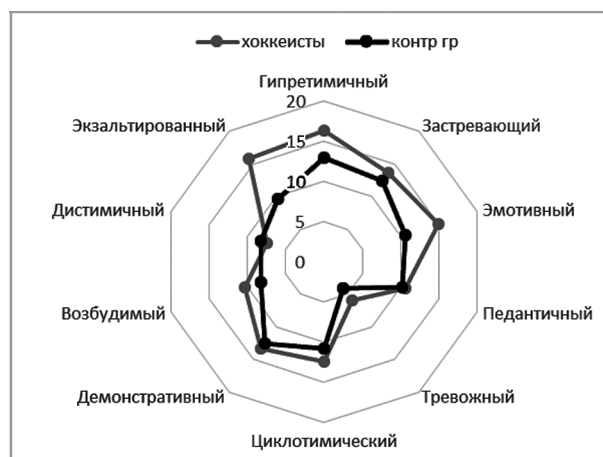


Рис. 2. Психотип хоккеистов закончивших спортивную карьеру (по методике Шмишека, в баллах)

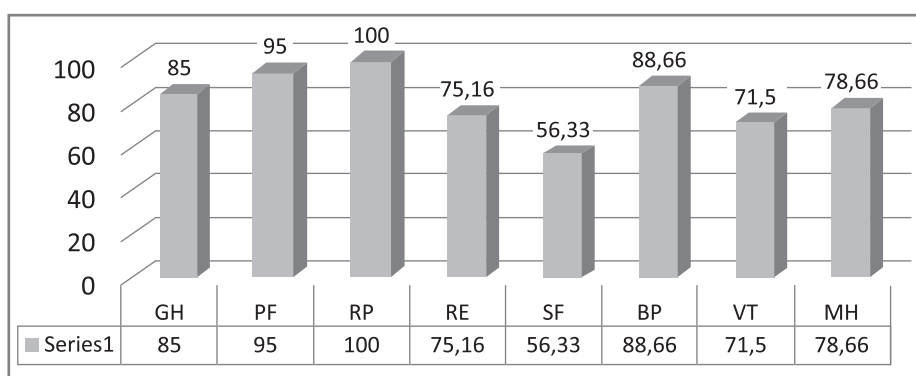


Рис. 3. Параметры качества жизни хоккеистов-профессионалов, %

Материалы и методы. Было обследовано 14 хоккеистов (мужчины), игравших в различных профессиональных хоккейных клубах (КХЛ, НХЛ) и на момент исследования завершивших свою спортивную карьеру. Средний возраст составил 38,14 лет.

Контрольная группа 12 человек (мужчины), не связанные со спортом. Средний возраст 31,5 лет

Применялись следующие методики из комплекса компьютерных психодиагностических методик (Эффектон Студио):

- методика на определение биологического возраста;
- методика определения типа акцентуации характера (психотипа характера) Шмишека;
- для определения качества жизни хоккеистов-профессионалов использовалась методика, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) — Методика оценки качества жизни «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY» (бланковый вариант с последующей компьютерной обработкой данных);
- Компьютерная программа обработки статистических данных STATISTICA v. 7.

Результаты и их обсуждение. Биологический возраст — понятие, отражающее степень морфологического и физиологического развития организма. Введение понятия «биологический возраст» объясняется тем, что календарный (паспортный) возраст не яв-

ляется достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности стареющего человека.

Основные проявления биологического возраста при старении — нарушения важнейших жизненных функций и сужение диапазона адаптации, возникновение болезней и увеличение вероятности смерти или снижение продолжительности предстоящей жизни. Каждое из них отражает течение биологического времени и связанное с ним увеличение биологического возраста.

Выявлено, что биологический возраст у игроков — профессионалов превышает паспортный в среднем на 10 лет, на уровне статистической достоверности. Полученный научный факт свидетельствует о довольно выраженном «износе» органов и систем хоккеистов на пути к вершинам профессионального спорта. Данная проблема требует дальнейшего изучения и сопоставления с исследованиями медико-биологического характера (рис. 1).

По данным проведенного исследования, выявлено, что в большинстве случаев хоккеистам-профессионалам присущи следующие типы акцентуации характера, скомпонованные на иерархии проявления (рис. 2):

гипертимический тип, экзальтированный тип, эмотивный тип. В соответствии с указанной иерархией для хоккеистов — профессионалов типичными являются следующие особенности характера — общительность, повышенная словоохотливость; на жизнь они

смотрят оптимистически. При введении жестких дисциплинарных норм, склонны идти наперекор обстоятельствам, не переносят опеки. Характерны бурные эмоциональные реакции. Легко приходят в восторг от радостных событий и в отчаяние от печальных. При этом внутренняя впечатлительность и переживание сочетаются с ярким внешним проявлением; хоккеистов — профессионалов отличает высокая чувствительность и глубокие реакции в области тонких эмоций, а также чуткость, задушевность, сентиментальность, изменчивость настроения. Люди такого склада любят быть на виду, ждут внимания от окружающих.

Тогда как для лиц контрольной группы (вне занятий спортом) характерно более сглаженный профиль акцентуаций с акцентом на тормозные характеристики личности (застревающий, педантичный тип).

Исходя из сказанного использование полученных данных важно в психологическом сопровождении хоккеистов, заканчивающих свою спортивную карьеру, а также в социальном «устройстве» их вне хоккея.

Применение оценки качества жизни у хоккеистов-профессионалов проводилось с целью определения вектора нарушений субъективного восприятия состояния здоровья и социального функционирования в посткарьерном периоде, для разработки в последующем программы реабилитации и адаптации ведущих спортсменов-хоккеистов страны к жизни вне профессионального спорта.

При интерпретации усредненных данных, выявлено, что наибольшие проблемы, с которыми встречается хоккеист-профессионал в посткарьерном периоде находятся в сфере социального функционирования (Social Functioning (SF) — 56% от 100%), а именно в ограничении социальной активности (общения) (рис. 3). Практически в 30% случаев, хок-

кеисты — профессионалы чувствуют свою обессиленность, снижение общего жизненного тонуса (Vitality (VT)). Отчасти эти проблемы вероятно связаны с эмоциональным состоянием бывших спортсменов (Role-Emotional (RE) — 75,1% от 100%), а также с наличием практически в 20% случаев депрессии, тревоги, общего снижения положительных эмоций (Mental Health (MH) — 78% от 100%). Спортсмены — профессионалы в посткарьерном периоде продолжают связывать общий уровень физического состояния с ролевым социальным функционированием (работу, выполнение будничной деятельности) (Role-Physical (RP) — 100%), что свидетельствует о привычке воспринимать социальную жизнь, как спорт.

Выводы.

1. Превышение биологического возраста хоккеистов — профессионалов в среднем на 10 лет, выявил выраженные проблемы физиологического, психофизиологического «износа» организма и требует мер реабилитационного характера.
2. Определение психотипа хоккеиста-профессионала позволяет осуществлять меры воспитательного и рекомендательного характера, а именно *проформентацию* хоккеиста в соответствии с его психотипом для успешного социального функционирования и экономической выгоды общества в посткарьерном периоде.
3. Оценка качества жизни хоккеистов на протяжении спортивной карьеры и по ее окончании в сопоставлении с данными объективного медицинского наблюдения спортсменов позволяет осуществлять мониторинг функционального состояния здоровья, уточнять прогноз медицинских и социальных проблем хоккеистов — профессионалов.

Библиографический список

1. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания / АН СССР, Ин-т психологии. М.: Наука, 1977. 379, [1] с. — Библиогр.: 373–378 с.
2. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер, 2005. 415 с.
3. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137.
4. Stambulova N. B., Ryba T. V. Athletes' Careers Across Cultures. Routledge, 2013.
5. Weiner H. Graves' disease / In: Psychobiology and Human Disease. Elsevier, New York 1977.

ЖЕНЩИНЫ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

**Семенова Н. Д., к. псих. н., Краснов В. Н., д. м. н., профессор,
Горобец Л. Н., д. м. н., профессор,
Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский
исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Психическое здоровье женщины отличается целым рядом особенностей, заслуживающих специальных исследований, психосоциальных подходов и широкого круга иных мероприятий. Освещается деятельность секции Российского Общества Психиатров, задачи которой — способствовать распространению научных данных о специфике подхода к обеспечению психического здоровья женщин России, а также гендерно-специфических оснований для работы служб охраны психического здоровья.

Ключевые слова

Психическое здоровье женщины, Российское общество психиатров, междисциплинарный подход.

WOMEN AND MENTAL HEALTH

**Semenova N. D., PhD (Psychology), Krasnov V. N., MD, Professor,
Gorobetz L. N., MD, Professor,
Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of The V. Serbsky Federal Medical
Research Centre for Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

Women's mental health has a number of features worth special research, psycho-social treatment approaches and a wide range of other allowances. The work of Women's Mental Health Section of the Russian Society of Psychiatrists is dedicated to promoting scientific findings on the approach to Russian women's mental healthcare and gender-sensitive foundations for mental health services.

Key words

Women's mental health, Russian Society of Psychiatrists, multidisciplinary approach.

Проблемы психического здоровья женщин в настоящее время выделяют в отдельное направление исследований и клинической практики. Еще в 1999 г. лидеры изучения данной проблематики из Европы, Азии, Африки, Северной и Южной Америки и Австралии инициировали движение, в фокусе которого — психосоциальные, культурные и средовые факторы, вносящие вклад в психическое здоровье женщины. В зарубежных психиатрических ассоциациях созданы специальные секции, нацеленные на дальнейшую разработку данного направления. Это секция Women's Mental Health Всемирной Психиатрической Ассоциации (WPA), секция Women, Gender and Mental Health Европейской Психиатрической Ассоциации (ЕРА) и др. Начиная с 2001 г., тема женского психического здоровья всесторонне освещается и на конференциях Международной ассоциации психического здоровья женщин (IAWMH).

В нашей стране академик Т. Б. Дмитриева, будучи министром здравоохранения Российской Федерации (1996–1998), неоднократно высказывала свои соображения на предмет того, чтобы, в контексте охраны здоровья населения проблему психического здоровья женщины — в ее междисциплинарном развороте — выделить в отдельное направление. Подчеркивалось, что психическое здоровье женщины отличается целым рядом особенностей, заслуживающих специальных исследований, психосоциальных подходов и широкого круга иных мероприятий.

В 2015 г. на 16-м Съезде психиатров России, в рамках Российского Общества Психиатров (РОП) была создана секция, задачи которой — способствовать улучшению психического здоровья женщин России, обеспечивать гендерно-специфические и укрепляющие автономию женщин основания для работы служб охраны психического здоровья, способствовать распространению научных знаний о специфике

подхода к обеспечению психического здоровья женщин.

Деятельность в данном направлении началась с создания национальной сети контактов (междисциплинарного круга специалистов). Был начат сбор данных об исследованиях, проводимых в России, по проблематике секции. Представители секции заявили о себе на международных форумах. Так, на региональной конференции WPA “Mental health, directions and challenges” в Тбилиси (27–30 апреля 2016) в содружестве с Helen Hegtman (WPA) был организован соответствующий симпозиум. В настоящее время идет подготовка к проведению в Москве на базе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» традиционных Дмитриевских чтений — «Дмитриевские чтения 2016» будут посвящены психическому здоровью женщины.

Отечественными специалистами накоплен большой материал по данной проблематике. Исследования охватывают биологические, социальные и личностные факторы, влияющие на психическое здоровье женщины. Единую панораму исследований и клинических разработок отечественных специалистов можно представить двумя взаимосвязанными разделами: 1) структурные составляющие деятельности; 2) направления деятельности, перекликающиеся с выделенными WPA, ЕРА и IAWMH в качестве ключевых в разработке проблемы женского психического здоровья.

Структурные составляющие деятельности отечественных с психиатров можно условно обозначить рубриками: «Наука», «Клиника», «Образование», «Социально-просветительская деятельность». «Наука» — это уже имеющиеся и активно развивающиеся исследования психического здоровья женщины в психиатрии, клинической психологии, а также в

ряде других дисциплин. В плане исследовательской методологии работы охватывают широкий спектр, простирающийся от описательных и корреляционных, предполагающих сбор данных относительно большого числа единиц наблюдения и построенных на основах доказательной медицины [6], — до качественных исследований в рамках методологии анализа единичного случая [12]. «Клиника» и лечебная деятельность — представлены в виде клинических подходов с учетом гендерных аспектов, с акцентом на внедрение, а также на преодоление устоявшихся в практическом здравоохранении приемов работы, не учитывающих «гендерно-сензитивных» аспектов помощи [2, 10]. «Образование» — это область, контуры которой только намечаются. Речь идет о введении курса «Психическое здоровье женщины», и его использовании в рамках дополнительного образования и тематического усовершенствования, с известной адаптацией к специфике профиля слушателей (студенты ВУЗов медицинского и психологического профиля, специалисты первичного звена здравоохранения и др.). «Социально-просветительская деятельность» — это построенная на высоких научных основаниях отечественной психогигиены и психопрофилактики деятельность, например, в виде разного рода «школ» (например, программы обучения женщин пери- и постменопаузального возраста [7]).

Проблема женского психического здоровья активно освещается отечественными специалистами по направлениям, перекликающимся с выделенными WPA, EPA и IAWMH в качестве ключевых. Это — аффективные расстройства и психические заболевания у женщин [6]; репродукция и психическое здоровье женщины [2, 8, 10]; женщины в кризисе: болезни зависимости [5, 9], насилие в отношении женщин и на-

силе, совершаемое женщинами [3, 4]; психическое здоровье женщин в зоне конфликтов и в условиях чрезвычайных ситуаций [11]; психологические факторы жизнестойкости женщин [1]. Выделяют особое, внутренне связанное с основной проблематикой направление, — женщины-лидеры. Следует особо подчеркнуть выдающуюся роль женщин-учёных, в частности, Г. Е. Сухаревой, Б. В. Зейгарник, А. Г. Амбрумовой, Т. Б. Дмитриевой и многих других, в становлении и развитии отечественной психиатрии и клинической психологии.

Разработка данного направления — яркий пример междисциплинарной интеграции в подходе к проблеме. Если раньше знания в отношении гендера и психического здоровья — от этиологии до клинического лечения, от диагностики до профилактики — в основном пополнялись результатами исследований, проведенных мужчинами и на мужчинах, а также подтвержденных на массивах данных, которые игнорировали пол как существенный признак и зависимую переменную, — то в настоящее время ситуация меняется. Область женского психического здоровья ассимилирует, осваивает, практически перерабатывает достижения и опыт ряда наук. Проблема психического здоровья женщины нечувствительна к границам между дисциплинами. В анализе данных исследователь выходит за пределы узкой профессиональной области и рассматривает предмет в контексте более широком — знания о психическом здоровье женщины дополняются такими понятиями как социальный продукт, социальный конструкт, ролевая перегрузка и др.

Защита психического здоровья женщины должна быть основана на гендерно-сензитивном подходе в деле охраны здоровья, сбережения здоровья, медико-психологического сопровождения женщины.

Библиографический список

1. *Бойко О. В.* Гендерные аспекты психического здоровья // Вопросы психологии. 2005. № 1. С. 110–115.
2. *Горобец Л. Н.* Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия. М.: Медпрактика-М. 2007. С. 60–72.
3. *Дмитриева Т. Б.* и др. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами // Медицина. 2003.
4. *Качаева М. А.* Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные действия против личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты), дис. ... д-ра мед. наук. 1999.
5. *Клименко Т. В., Козлов А. А.* Комплексный подход к лечению и реабилитации в наркологии. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. Уфа, 18–20 мая 2016.
6. *Краснов В. Н.* Расстройства аффективного спектра // Практическая медицина. 2011. Т. 432.
7. *Мельниченко Г. А., Беркетова Т. Ю., Рагозин А. К., Бобров А. Е., Кулыгина М. А.* Первый опыт внедрения программы обучения женщин пери- и постменопаузального возраста // Развитие системы обучения больных в эндокринологии: школы для больных сахарным диабетом, ожирением, остеопорозом. М., 1998. С. 67–68.
8. *Хломов К. Д., Ениколопов С. Н.* Влияние психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей на течение беременности у женщин с угрозой прерывания // Сибирский психологический журнал. 2007. № 26. С. 148–153.
9. *Шайдукова Л. К.* Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем // Практическая медицина. 2012. № 57.
10. *Шмуклер А. Б.* Психофармакотерапия в период беременности // Drug Safety. 2007. Т. 30. № 2. С. 123–142.
11. *Rumyantseva G. M.* Chernobyl disaster 1986: The impact of nuclear accident in women's mental health // Regional conference of the World Psychiatry Association. Tbilisi, Georgia, 27–30 April 2016.
12. *Semenova N.* Long-Term Care of a Woman with Schizophrenia: Psychosocial, and Gender-specific Recovery Factors // The 6th World Congress on Women's Mental Health. Tokyo, Japan, 22–25 March 2015.

ПРОФИЛАКТИКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ

Стрижев В. А., Бойко Е. О., д. м. н.,
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1»
Министерства здравоохранения Краснодарского края,
Краснодар, Российская Федерация

Аннотация

Проведено комплексное клинико-эпидемиологическое и клинико-психопатологическое исследование частоты и структуры пограничных психических и аддиктивных расстройств среди студентов медицинского вуза. Выявлены наиболее значимые и часто встречающиеся факторы риска. Разработана комплексная программа профилактики пограничных психических и аддиктивных расстройств у студентов медицинского вуза, включающая модули информационного, образовательного, социально-психологического, медицинского и культурно-досугового характера.

Ключевые слова

Студенты, пограничные психические расстройства, табакокурение, злоупотребление алкоголем, молодой возраст, психопрофилактика.

PREVENTION OF BORDERLINE MENTAL AND ADDICTIVE DISORDERS IN DEVELOPING THE FOUNDATIONS OF A HEALTHY LIFESTYLE AMONG STUDENTS

Strizhev V. A., Boyko E. O., MD,
Kuban State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Specialized Clinical Psychiatric Hospital No. 1,
Krasnodar Region Ministry of Healthcare,
Krasnodar, Russian Federation

Abstract

The paper describes a comprehensive clinical epidemiological and psychopathological study of the frequency and structure of borderline mental and addictive disorders among medical students and reveals the most significant and common risk factors. In addition, the authors propose a comprehensive programme for the prevention of borderline mental and addictive disorders in medical students, including modules of informational, educational, social, psychological, medical, cultural and leisure nature.

Key words

Students, borderline mental disorders, tobacco use, alcohol abuse, young age, psychoprophylaxis.

Эпидемиологические исследования последнего времени свидетельствуют о росте числа лиц молодого возраста с пограничными психическими и аддиктивными расстройствами. Наиболее значительный рост заболеваемости указанной патологией отмечается в возрастном периоде 15–17 лет. Кроме того, лица, страдающие алкоголизмом, табачной зависимостью, как правило, начинают употребление этих психоактивных веществ в подростковом возрасте [6, 8].

В связи с этим, первостепенное значение приобретают раннее выявление лиц, страдающих психической

патологией, а также лиц, потребляющих психоактивные вещества и проведение профилактических, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий с учетом региональных условий [3]. Необходимо более детальное изучение распространенности и особенностей течения психической и наркологической патологии в молодежной среде для разработки алгоритмов превентивной медицинской помощи [5, 7].

Таким образом, особое внимание должно уделяться проблеме охраны здоровья студенческой молодежи, так как специфические условия трудовой деятельно-

сти, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения, и делают этот контингент социально уязвимым и подверженным воздействию негативных факторов общественной жизни [1].

Одним из наиболее активных участников процесса профилактики зависимости от ПАВ в Российской Федерации является система образования. Имеющийся у нее профессиональный, организационный ресурс, а также сфера ее социального влияния позволяют обеспечивать комплексное, системное воздействие на целый ряд социальных групп, прежде всего, молодежи, а, следовательно, вносить существенный вклад в формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у молодого поколения [4].

Особый интерес представляют студенты-медики, так как обучение в медицинском вузе по праву считается одним из самых сложных, а высокие нагрузки, испытываемые будущими врачами, требуют высокой стрессоустойчивости, адаптивности и максимальной мобилизации психических ресурсов. Сложность медицинской профессии обусловлена требованиями непрерывности процесса профессионализации, выполнения различных манипуляций. Это влечет за собой психическую дезадаптацию в этом возрасте и сопровождается тревожными и депрессивными расстройствами у студентов вузов [9].

В настоящее время возникла необходимость дальнейшего развития методологических и организационных основ профилактической деятельности в образовательной среде. Она обусловлена как существенными изменениями социальных, социокультурных характеристик ситуации, связанной с распространением психической и наркологической патологии среди молодежи, так и изменениями реалий жизни современного общества в целом, возросшей актуальностью формирования культуры здорового и безопасного образа жизни. С одной стороны, профилактическая деятельность ориентируется на дальнейшее усиление и ужесточение контроля за распространением ПАВ, с другой — определяет приоритет задач первичной профилактики, основанной, главным образом, на развитии культуры здорового образа жизни и других социально значимых ценностей — созидания, творчества, духовного и нравственного совершенствования человека.

Целью нашего исследования явились разработка комплексной программы профилактики пограничных психических и аддиктивных расстройств в медицинской студенческой среде.

В работе использованы клиничко-психопатологический, клиничко-эпидемиологический, клиничко-катamnестический, статистический методы, анкетирование. Было проведено сплошное одномоментное комплексное обследование 976 студентов первого и пятого курсов всех факультетов Кубанского государственного медицинского университета, из них 29,5% юношей ($n = 288$) и 70,5% девушек ($n = 688$). Средний возраст студентов первого курса составил $17,64 \pm 0,04$ лет, пятого — $22,20 \pm 0,10$ лет.

В качестве скринингового инструмента для выявления у студентов тревожно-депрессивных рас-

стройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS [2]. Также, специально для данного исследования была разработана анонимная анкета-опросник, включающая в себя 59 вопросов и состоящая из 5 блоков: социально-демографического, медико-социального, блоков вопросов для определения статуса табакокурения и злоупотребления алкоголем, социально-психологического блока.

Результаты исследования и выводы. Распространенность пограничных психических расстройств среди студентов-медиков составила 6,8% на первом курсе и 11,5% — на пятом, с преобладанием клинически выраженной тревоги на первом курсе и значительным преобладанием клинически выраженной депрессии на пятом, с превалированием девушек.

Число регулярно курящих студентов от младших к старшим курсам обучения возрастает с 15,5% на первом до 27,2% на пятом с превалированием по гендерному признаку юношей и тенденцией к омоложению возраста приобщения к табаку. Распространенность употребления алкоголя на первом курсе достоверно выше среди юношей, нежели среди девушек, с преобладанием донологических форм злоупотребления алкоголем, при этом подавляющее большинство студентов имеют опыт первой пробы алкоголя в подростковом возрасте, преимущественно в компании. Формы злоупотребления алкоголем у студентов пятого курса находятся в группе риска формирования алкогольной зависимости. Злоупотребление алкоголем значительно выше среди лиц мужского пола по сравнению с женским.

Структура употребляемых спиртных напитков зависит от гендерных различий и индивидуальных предпочтений с закономерным переходом от слабоалкогольных коктейлей и пива на первом курсе к крепкому алкоголю на пятом. Результаты исследования свидетельствуют о возможной тенденции формирования синдрома зависимости у 3,9% первокурсников и 8,7% пятикурсников, испытывавших симптомы алкогольного абстинентного синдрома, что требует постоянного мониторинга наркологической ситуации в вузе, для предупреждения развития симптомов болезни.

Уровень информированности студентов о последствиях злоупотребления ПАВ среди пятикурсников с большей заинтересованностью ими в получении знаний о ЗОЖ, преимущественно из СМИ и учебных программ вуза.

Разработана и внедрена комплексная программа профилактики пограничных психических и аддиктивных расстройств для студентов-медиков, направленная на формирование основ ЗОЖ, включающая в себя три типа профилактических мероприятий, объединенных в модули информационного, образовательного, социально-психологического, медицинского и культурно-досугового характера, основанная на междисциплинарном взаимодействии специалистов с учетом клиничко-биологических и социально-психологических факторов с возможностью проведения психокоррекционных и лечебных мероприятий без отрыва студентов от учебного процесса.

Библиографический список

1. *Алексеев С. Н.* Проблемы формирования здорового образа жизни в медицинской образовательной среде // Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 4(133). С. 10–14.
2. *Андрющенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В.* Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общемедицинской практики // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2003. № 5. С. 11–18.
3. *Бохан Н. А., Воеводин И. В., Асланбекова Н. В.* Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности её отражения в программах по психопрофилактике // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014. № 5–2. Т. 114. С. 29–32.
4. *Глыбочко П. В., Бугаева И. О., Еругина М. В.* Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Т. 5. № 1. С. 19–22.
5. *Корчагина Г. А., Фадеева Е. В.* Необходимость внедрения стандартов первичной профилактики потребления психоактивных веществ в Российской Федерации // Вопросы наркологии. 2013. № 6. С. 220–231.
6. *Махов М. А.* Коморбидность алкогольной и никотиновой зависимости // Наркология. 2014. № 6. С. 91–101.
7. *Рогозина М. А., Подвигин С. Н.* Ранняя диагностика пограничных психических расстройств у студентов медицинского вуза // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2008. Т. 8. № 3. С. 720–722.
8. *Сперанская О. И., Смирнов В. К., Богданов К. А., Кутушев О. Т. и др.* Перспективы реализации программы оказания специализированной помощи по борьбе с курением табака в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. 2013. № 1. С. 26–30.
9. *Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Евдокимова Я. Г., Москва М. В.* Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. 2009. № 3. С. 16–26.

ЗАЯВЛЕННЫЕ И НЕЗАЯВЛЕННЫЕ ПОТЕРИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВАХТОВЫХ РАБОЧИХ

Тюлюпо С. В., к. псих. н., Дашиева Б. А., д. м. н.,

Тюлюпо В. В., Головашина О. В., к. и. н.,

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»,

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»,
Автономная некоммерческая организация «Учебный комбинат СтройНефтеГаз»,
Тамбовский государственный университет им. Г. Р. Державина,
Томск, Тамбов, Российская Федерация

Аннотация

В статье поставлена проблема сбережения психического здоровья вахтовых рабочих. Обобщены феномены, наблюдаемые авторами в процессе подготовки рабочего персонала для предприятий, осуществляющих работы в режиме вахты; проведения профилактических осмотров работников таких предприятий; оказания анонимных наркологических или психологических услуг; консультирования учеников сельских школ, чьи родители работают в режиме вахты.

Ключевые слова

Вахта, потери психического здоровья, психологическое благополучие.

STATED AND NON-STATED LOSSES OF MENTAL HEALTH IN SHIFT AND ROTATION WORKERS

Tyulyupo S. V., PhD (Psychology), Dashieva B. A., MD,

Tyulyupo V. V., Golovashina O. V. PhD (History),

National Research Tomsk State University,

Federal State Budgetary Institution “Mental Health Research Institute”,

Autonomous Nonprofit Organization “Training Center StroinNefteGaz”,

Tambov State University named after G. R. Derzhavin,

Tomsk, Tambov, Russian Federation

Abstract

The article presents the issue of the mental health preservation among people engaged in shift work. The authors summarize the phenomena established during the staff training at enterprises with a rotation system,

preventive examinations of employees of these companies, anonymous drug treatment and while counseling rural schoolchildren whose parents working shifts.

Key words

Shift work, losses of mental health, psychological well-being.

Векторы внутренней трудовой миграции сегодня пронизывают всё пространство России [9]. Строительство военных, космических, спортивных объектов стратегического значения предопределяет вовлечение в этот процесс всё большего количества мобильной, часто низкоквалифицированной, рабочей силы. Устойчивую тенденцию роста обнаруживают и географическое «плечо» мобильности, и длительность трудовой вахты, и интенсивность труда [6]. Таким образом, применяемые здесь режимы организации труда вряд ли благоприятствуют сохранению психологического благополучия и психического здоровья трудящихся [4]. Между тем, потери психического здоровья рабочих вахт, — строительных, нефтегазовых, сервисных, производственных, — как и снижение психологического благополучия членов их семей относительно редко попадает в фокус системных исследований. Наиболее изученным здесь является вопрос о дестабилизации адаптивного потенциала сотрудников сырьевого и теплоэнергетического комплекса, вовлечённых в процессы индустриального освоения циркумполярных регионов [1]. Многие из выявленных описанных факторов сохраняют свой дестабилизирующий потенциал и при трудовых миграциях за пределами приполярных областей [2, 5, 9]. Однако реальные потери психического здоровья этой категории рабочих не отражены в официальных отчётах. Ядро этой проблематики сегодня описывает дискурс об алкоголизации. Действительно, мы обнаруживаем множество документальных свидетельств, указывающих на массовый характер этого явления в группе вахтовых и сезонных рабочих. Проблематика этого рода заявлена даже на уровне концепции долгосрочного социально-экономического развития России. Однако строгие статистические данные о действительном состоянии психического здоровья этой категории населения практически отсутствуют.

Некоторое объяснение этому феномену даёт нам опыт участия в обязательных профилактических осмотрах сотрудников нефтегазовых предприятий. В течение семичасового рабочего дня врач психиатр принимает от 50 до 90 человек. Диагностический осмотр занимает в подобных случаях от 4 до 8 минут. Этого достаточно лишь для пары дежурных вопросов о количестве и частоте употребления алкоголя. Ещё возможно автоматически отметить явные признаки алкогольного или наркотического опьянения. Не более того. Доступ к централизованным базам данных наркологического сервиса при этом отсутствует. Зато возможности для диссимуляции любого рода наркологических или психических заболеваний не ограничены.

Добровольные обращения за специализированной наркологической помощью как правило, анонимны. Прохождение лечения наши респонденты стараются приурочить к своему отпуску. Больничный лист из учреждения наркологического или психиатрического профиля для работника знаменует конец карьеры в престижной отрасли. О какой достоверной статистике может идти речь в подобных обстоятельствах?

Ужесточение контроля употребления алкоголя на предприятиях отрасли в последние годы, пожалуй, только усугубляет проблему. Так, по сообщениям наших респондентов, службы безопасности на объектах нефтегазового комплекса сегодня получают практически неограниченное право досмотра личных вещей и комнат проживания сотрудников¹. Установилась и практика контролирующего сопровождения вахтовиков представителями работодателя из пункта проведения работ к месту проживания. Одновременно с этим утратила силу одна из ведущих мотиваций обращения за наркологической и психотерапевтической помощью. Запрос на работу анонимного нарколога изменился принципиально. Успеть выйти из запоя к началу вахты стало значительно важнее чем «завязать». При самом поверхностном поиске по ключевому запросу «вывод из запоя» строки типа: <http://zarou-surgut.ru/> «...выведение из запоя в Сургуте, Нефтеюганске, Пыть-яхе, Федоровке» (доступ 5.06.2016) лидируют в списке результатов.

Вместе с этим алкогольные эксцессы оказались вытесненными на территорию семьи. И без того напряжения, заданные вахтовым режимом деятельности одного из супругов проецируются во все социальное ролевые ниши и страты семейной общности [5, 8]. Жизнь в ритме «Вахта-Запой-Вахта»² усугубляет нормативное бремя «вахтовой» семьи и порождает аддитивные эффекты, снижающие её рекреационный потенциал. Порочный круг замыкается.

Вместе с этим падает привлекательность вахтового образа жизни для потенциальных оптантов соответствующих профессий. Например, в деятельности АНО «УК СНГ» из числа одновременно обучающихся по рабочим специальностям курсантов не более 10–15% совершают реальные шаги к трудоустройству. Между тем, привлекательность и социальная значимость труда является надёжным стабилизатором психологического благополучия трудящегося. Рабочие многих вахтовых предприятий лишены подобного ресурса. О какой социальной привлекательности может идти речь, если образ вахтовика в массовом сознании бытует как образ маргинала [7]? Зазор между портретом реального рабочего-вахтовика и образом с плакат-

¹ В пределах данной статьи мы не ставили целью оценить степень соответствия подобных мер «производственной безопасности» декларируемым Конституцией РФ правам и свободам граждан.

² Так сами вахтовики описывают свой ритм и образ жизни.

ной картинке, декларируемой отраслевыми гигантами (строгий целеустремлённый взгляд, чистая, элегантно строгая спецодежда, техника с конвейера), достигает максимума в рабочем контингенте «диких» вахт. Здесь всё привычнее становится в обыденном или в производственном контексте услышать в адрес рабочего хлёсткое и уничижительное слово «быдло»³. Мы не знаем, какие научные концепции рассматривают человеческое бытие со стигматом этого рода как условие достижения психологического благополучия.

Итак, потери здоровья и психологического благополучия в группе вахтовых рабочих, по всей видимости, относятся к группе факторов, критически

снижающих популяционную надёжность населения России [3]. В этом качестве они должны рассматриваться как важнейшая составляющая себестоимости продукта отраслей промышленности, использующих мобильную рабочую силу [2]. Однако в настоящее время они практически не учтены и вряд ли восполнимы без научного осмысления всех составляющих человекоёмкости мобильного индустриального труда. Поднимая эту проблему, мы заявляем о намерении и готовности сотрудничать со всеми заинтересованными в её решении представителями науки, производства и широкой общественности.

Библиографический список

1. *Кривощёков С. Г., Охотников С. В.* Производственные миграции и здоровье человека на Севере. М.—Новосибирск: СО РАМН. 2000. 118 с.
2. Ноосферная экология и экономика человека. Проблемы «Сфинкса XXI века» / Под ред. В. П. Казначеева. Новосибирск: [б. н.]. 2005. 448 с.
3. *Казначеев В. П. и др.* Проблемы «Сфинкса XX века». Выживание населения России Новосибирск: Наука. 2000. 232 с.
4. *Семке В. Я.* Производственная миграция и психическое здоровье // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2(71). С. 5–6.
5. *Серкин В. П.* Специфика реализации функций семьи при работе мужа вахтовым или сезонным методом // Вестник КРАУНЦ. Серия «Гуманитарные науки». 2012.– Т. 2(20). С. 146–154.
6. *Силин А. Н.* Межрегиональное использование человеческих ресурсов на Крайнем Севере // Социологические исследования. 2011.– № 9. С. 41–47.
7. *Тюлюпо В. В., Тюлюпо С. В.* Вахтовый метод организации труда как фактор, моделирующий жизненный мир рабочего // Антропологическая психология в XX веке: проблемы и перспективы: сборник материалов V Сибирского психологического форума (3–5 октября 2013). Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2013. С. 255–259.
8. *Тюлюпо С. В., Тюлюпо В. В.* Вахтовый регион как бисоциотехноценоз или наброски к социальной экологии вахты // Экологическая история Сибирского Севера: перспективные направления исследований. Материалы Всероссийского научного семинара. 15–16 октября 2015, г. Сургут / Ред. Е. И. Гололобова. Сургут: РИО СурГПУ. 2015. С. 201–219.
9. *Саксингер Г. и др.* «Я готов!»: Новое поколение мобильных кадров в Российской нефтегазовой промышленности // Сибирские исторические исследования. 2014. № 3. С. 73–103.

ПСИХОЛОГИЯ ДВИЖЕНИЯ К ДУХОВНОМУ АКМЕ ЧЕЛОВЕКА

**Черепанов А. В., аспирант кафедры психологии развития,
Московский педагогический государственный университет,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Психологическая двойственность человека обуславливает одновременное стремление к духовному развитию и саморазрушению. В современном мире исследование духовности становится актуальным. Поднимается вопрос об изменении психологической структуры общества, в котором выделяются люди, стремящиеся к духовному развитию вне традиционных религий. Обсуждаются соотношение светской и религиозной духовности. Предлагается рассматривать движение к духовному акме как основу психического здоровья в жизни человека.

Ключевые слова

Двойственность человека, развитие личности, светская духовность, движение к духовному акме.

PSYCHOLOGY OF HUMAN'S PATH TO A SPIRITUAL ACME

**Cherepanov A. V., Post-graduate student of Developmental Psychology Department,
Moscow State Pedagogical University,
Moscow, Russian Federation**

³Этот конструкт мы неоднократно обнаруживали в форумах, посвящённых обсуждению различного рода производственных ситуаций, социальных конфликтов, разворачивающихся с участием представителей этой категории рабочих; слышали в обыденной речи работодателей, организаторов производства и инженерно-технических работников предприятий строительного и сырьевого профиля.

Abstract

Psychological duality of humans is explained by the pursuit of development and destruction simultaneously. A study of spirituality becomes relevant today. It raises the issue of the changing psychological structure of societies in which people aspire to the spiritual development outside of the traditional religions. The article discusses the relation of secular and religious spirituality. It is proposed to consider the path to a spiritual acme as the basis of mental health in a person's life.

Key words

Duality of human, development of personality, secular spirituality, path to spiritual acme.

Природа человека является одной из самых загадочных и трудных проблем познания. «Венец творения» изучается наукой уже тысячи лет, веками формировались представления о душевных и духовных свойствах человека, его способности к самопознанию и саморазвитию. Науки, заинтересованные в познании и развитии человека, сравнительно недавно оформились как самостоятельные дисциплины, поэтому затруднено формирование единого методологического пространства для описания целостного образа человека, который учитывал бы духовные аспекты его жизни наряду с биологическими, психологическими, социальными.

Психологическая двойственность человека заключается в одновременном стремлении, с одной стороны — к идеалам духовности, а с другой — к гомеостатическому равновесию или ценностям аморализма и деструктивному поведению. Такая *амбивалентность личностных качеств* складывается благодаря многозначности ценностей, которые развились и продолжают развиваться в культурно-исторических реалиях жизни человека [4]. Решение проблемы этой антиномии человеческой природы видится актуальным не только для разрешения противоречий внутренней жизни отдельно взятой личности, но может определить ход дальнейшего духовного роста или деградации и уничтожения современной цивилизации.

Фиксация наук о психике на патологических состояниях, возможно, обусловлена тем, что человечество переживает кризис перед глобальными вызовами современности, среди которых наряду с геополитическими, экономическими и экологическими катастрофами и изменениями — утрата нравственных ориентаций, глубокая деградация личности, рост распространенности психических заболеваний. В то же время, на каждом этапе развития кризис подталкивает людей к духовному росту, который порождает поиски высшего смысла и прогрессивных вариантов сохранения и улучшения жизни на Земле ради эволюции и продолжения человеческого рода.

Психологическое исследование, посвященное духовному развитию, приобретает особую актуальность в России, где «давно уже нарождалось пророческое чувство того, что настанет час истории, когда она будет призвана для великих откровений духа, когда центр мировой духовной жизни будет в ней» [1, с. 55]. Многовековая православная культура, революция в

начале X века, глобальный социальный эксперимент устройства жизни в духе коммунистической идеологии, две мировые войны, крах идеалов в конце X века в значительной степени определили духовное состояние общества. Переоценка ценностей, смена парадигмы мировоззрения россиян после распада СССР, переход в глобальное общество рыночных отношений для части людей сопровождался психологическим и моральным кризисом, который усугубляется до сих пор на фоне проблемы адаптации к новым условиям и страха перед неизвестностью.

Кризис ценностно-смысловых ориентаций в современном обществе подталкивает людей к поиску ответов на сложные духовные вопросы в церкви, в культуре, «внутри себя». Сегодня положительную роль религии *для себя* видят более половины опрошенного населения (55%), 20 лет назад — в 1996 г. — вдвое меньше (23%). Более, чем в 5 раз выросла доля тех, кто признает, что религия постоянно помогает им в повседневной жизни: 5% в 1990 и 26% в 2015 г.¹ При этом сегодня лишь треть граждан Российской Федерации (36%) считают, что рост религиозных убеждений пойдет *на пользу обществу*, однако в 1990 г. более половины граждан (61%) возлагали на духовно-религиозное возрождение большие надежды.

Из приведенных данных видна тенденция отслоения понятия «церковь» от понятия «веры»². Религия, утрачивая свои институциональные позиции, все больше становится делом частной позиции отдельного человека, то есть предметом свободного выбора личности на пути духовного саморазвития.

Исследователи духовности в Европе называют это явление «духовной революцией», а пришедшие на смену религиозной вере в существование трансцендентного Бога в католическом христианстве психологические убеждения именуют «духовностью внутренней жизни» и «личной верой» [5]. Отмечается, что несмотря на растущее число приверженцев таких убеждений, стоит быть аккуратнее в формулировках и делать более скромные выводы из этих социологических тенденций [6].

Проблема духовного развития обусловлена изменениями психологических ориентаций и мировоззрений и в российском в обществе, в котором более отчетливо выделяется число людей, духовно развивающихся и верующих, но при этом не относящих себя к приверженцам православной традиции и других боль-

¹ Данные исследования ВЦИОМ. Пресс-выпуск № 2888 от 26.07.2015 «Религия: за и против».

² Там же.

ших религий, они не посещают храмов, не участвуют в Таинствах Церкви и богослужениях.

Это люди *светской духовности*, для которых развитие философии и психологии способствует постановке вопроса о культурно-исторической логике возрождения религиозных ценностей в России, который выглядит как возвращение к средневековью. Анализ истории гуманитарных наук и внимательное отношение к богатому наследию богословской и святоотеческой литературы, которое живо и весьма широко представлено в современной культуре, позволяют наметить перспективы описания феномена светской духовности, который отвечает потребностям человека XX века.

Для обозначения феномена внутреннего движения души человека к самопознанию и самосозиданию, вызванного стремлением к познанию истины ради развития самосознания как тождества духа в самом себе предлагаем использовать термин «*движение к духовному акме*». Акме (др.-греч. ἀκμή — высшая точка, вершина) как состояние личности характеризуется зрелостью и достижением полноты самореализации в деятельности и творчестве. Движение к духовному акме рассматривается в русле отечественной психологической школы феноменологии развития и бытия личности академика В. С. Мухиной и соответствует понятию *внутренней позиции* личности как определенного отношения к миру людей, к миру вещей и к самому себе [3, с. 537].

Феномен движения к духовному акме человека требует междисциплинарного исследования на стыке психологии, философии и богословия. Противопоставление духовности светской и религиозной в этом контексте, возможно, имеет две траектории развития: 1) диалог, синергия подходов ради более полного, глу-

бокого и целостного понимания духовности; опора на совместные достижения наук, заинтересованных в познании и развитии человека, который сможет усвоить традиции: образцы истории и многовековой христианской культуры. Либо: 2) институциональный конфликт, приводящий к внешнему противостоянию, и, как следствие, внутреннему противоречию в человеке, которое усугубляет кризис самоопределения на пути духовного развития.

Классик отечественной психологии Л. С. Выготский осознавал необходимость *целостного* подхода, не разделяющего человека на душу, сознание, поведение, но изучающего «всего» человека: «Односторонность и ошибочность традиционного воззрения на факты развития высших психических функций заключается прежде всего и главным образом в неумении взглянуть на эти факты как на факты исторического развития, в одностороннем рассматривании их как натуральных процессов и образований, в смешении и неразличении природного и культурного, естественного и исторического, биологического и социального в психическом развитии ребёнка, короче — в неправильном принципиальном понимании природы изучаемых явлений» [2, с. 7].

Акме духовного развития исследователей в науке, достигших мудрости философов, гениев искусства и духовных подвижников засвидетельствовали подвиги человеческого духа. Примеры жизни таких исторических персонажей даются нам, ныне живущим, как эталоны саморазвития, а главное — оставляют в культуре те зерна, которые могут еще прорасти в современных людях и дать плоды для грядущих поколений. Духовное развитие является основой здоровой, гармоничной личности человека XX века.

Библиографический список

1. Бердяев Н. А. Душа России: сборник статей. М.: ЗАО Издательство Центрполиграф, 2016. 255 с.
2. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций // Соб. соч.: в 6 т. Т. 3: Проблемы развития психики. М., 1983. 368 с.
3. Мухина В. С. Личность: Мифы и Реальность (Альтернативный взгляд. Системный подход. Инновационные аспекты). М.: Национальный книжный центр, 2013. 1088 с.
4. Мухина В. С., Хвостов А. А. Я, другое Я и «Не-Я» // Развитие личности. № 3. 2013. С. 53–85.
5. Heelas P. The spiritual revolution of Northern Europe: personal beliefs // Nordic Journal of Religion and Society 19:1., 2007. P. 1–28.
6. Ketola K. Spiritual revolution in Finland? Evidence from surveys and the rates of emergence of new religious and spiritual organizations // Nordic Journal of Religion and Society 19:1. 2007. P. 29–39.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛА АТОМНЫХ СТАНЦИЙ

Чернецкая Е. Д., Белых Т. В., к. псих. н.,
НОУ ДПО «Центральный институт повышения квалификации
Госкорпорации „Росатом“»,
Обнинск, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлены результаты деятельности специалистов лабораторий психофизиологического обеспечения атомных станций, осуществляемой под научно-методическим руководством Учебно-методического центра «Психофизиологическое обеспечение профессиональной надежности персонала» НОУ ДПО «ЦИПК Росатома». Детально рассмотрены следующие направления деятельности специалистов лабораторий психофизиологического обеспечения: психофизиологическое обследование кандидатов на должность/персонала АС и психологическая и психофизиологическая поддержка персонала АС. Полученные данные свидетельствуют о том, что работа специалистов лабораторий психофизиологического обеспечения по представленным направлениям деятельности повышает надежность профессиональной деятельности персонала АС.

Ключевые слова

Надежности профессиональной деятельности персонала атомных станций, психофизиологическое обследование персонала атомных станций, психологическая и психофизиологическая поддержка персонала атомных станций.

PSYCHO-PHYSIOLOGICAL SUPPORT AS AN EFFECTIVE MEANS OF ENSURING RELIABILITY OF NUCLEAR POWER PLANT PERSONNEL

**Chernetskaya E. D., Belykh T. V., PhD (Psychology),
Rosatom Central Institute for Advanced Training,
Obninsk, Russian Federation**

Abstract

The article presents the results of the activity of laboratory specialists of psycho-physiological support at nuclear power plants supervised by the Training Center “Psycho-Physiological Support Ensuring Personnel Professional Reliability” at Rosatom Central Institute for Advanced Training. The following activities of laboratory specialists providing psycho-physiological support are considered in detail: psycho-physiological examination of the candidates/employees at NPPs and psychological and psycho-physiological assistance of power plant personnel. The obtained data demonstrate that the work of laboratory specialists through psycho-physiological support on the aforementioned activities increases the reliability of professional activity of power plants personnel.

Key words

Psycho-physiological support of professional personnel reliability, psycho-physiological examination of candidates/employees, psychological and physiological support of workers.

Общезвестно, что атомные станции (АС) являются объектами повышенной опасности, что накладывает на руководство и персонал АО «Концерн Росэнергоатом» повышенную ответственность за их эксплуатацию. Человек, управляющий объектом повышенной опасности, является тем последним барьером безопасности, который может и обязан в любой критической ситуации предотвратить ее развитие и не допустить глобальной катастрофы. Следовательно, надежность профессиональной деятельности персонала АС наряду с надежностью техники является одним из важнейших факторов, влияющих на качество, эффективность и безопасность работы АС [2, 3].

Для повышения и поддержания профессиональной надежности персонала АС в 1982 г. была создана психологическая служба, организатором и научным руководителем которой стала В. Н. Абрамова [1].

В настоящее время психологическая служба на АС представлена лабораториями психофизиологического обеспечения (ЛПФО), основной целью которых является практическое решение комплексных задач по повышению и поддержанию надежности человеческого фактора для обеспечения безопасной и эффективной работы АС.

С 2010 г. Учебно-методический центр «Психофизиологическое обеспечение профессиональной надежности персонала» НОУ ДПО «ЦИПК Росатома» (УМЦ «ПОПНП») осуществляет научно-методическое сопровождение деятельности ЛПФО АС: разрабатывают нормативно-методические документы по всем направлениям деятельности ЛПФО АС; сопровождение Единой базы знаний по деятельности ЛПФО АС, размещенной на официальном Портале АО «Концерн Росэнергоатом»; повышение квалификации специалистов ЛПФО АС; проведение аттестации ЛПФО АС с целью определения соответствия деятельности ЛПФО АС требованиям нормативных документов в области использования атомной энергии, регламентирующих ее деятельность; проведение научно-исследовательских работ в области повышения надежности человеческого фактора для обеспечения безопасной и эффективной работы АС.

Одна из основных задач ЛПФО АС является проведение психофизиологических обследований кандидатов на должность/персонала АС (ПФО).

Целью ПФО является психологический отбор кандидатов/работников АС и контроль психофизиологических свойств и ПВЛК для выявления ран-

них признаков психологической дезадаптации и других расстройств, снижающих профессиональную надежность персонала, влияющего на безопасность работы АС, на основании требований нормативной документации, а также законодательных и иных нормативных правовых актов Российской Федерации [2].

ПФО является составной и неотъемлемой частью медицинского осмотра для работников АС, которые должны получать разрешения Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору на право ведения работ в области использования атомной энергии во исполнение 170-ФЗ, 233 и 240 Постановления Правительства РФ и работников АС, влияющих на безопасность работы АЭС, которым рекомендовано прохождение ПФО.

Результаты психофизиологического обследования являются основанием для принятия обоснованных решений руководством АС при приеме на работу кандидатов, при должностных перемещениях работников АС, для своевременного выявления работников, имеющих отрицательную динамику функционального состояния и работоспособности.

Для оценки прогностической эффективности результатов предварительного ПФО, специалисты ЛПФО АС получают обратную связь от руководителей АС об эффективности деятельности принятых работников. Исследование, проведенное в 2015 г. специалистами ЛПФО АС совместно со специалистами УМЦ «ПОПП» НОУ ДПО «ЦИПК Росатома», показало, что прогностическая эффективность результатов предварительного ПФО составляет 95%.

В число основных задач ЛПФО АС входит также психологическая и психофизиологическая поддержка персонала АС (ППП), представленная комплексом психопрофилактических мероприятий и мер, направленных на восстановление психологического и психофизиологического состояния работника АС в производственных условиях и снижение негативного влияния неблагоприятных факторов на его работоспособность.

Актуальность этой работы заключается в том, что персонал АС подвержен постоянному влиянию ряда стрессовых факторов таких, как повышенная ответственность за результат работы, психоэмоциональное напряжение, сменный график работы и т. д.

В рамках реализации данного направления специалисты ЛПФО АС проводят оценку функционального

состояния, работоспособности и уровня психофизиологических резервов работников АС, разрабатывают программы и проводят мероприятия психологической и психофизиологической поддержки работников АС, проводят психологическое консультирование работников АС. Для реализации данного направления в АО «Концерн Росэнергоатом» разработаны методики по психофизиологической поддержке работников АС:

- методика психофизиологической поддержки персонала АС, направленная на мобилизацию и активацию психофизиологического состояния работника;
- методика психофизиологической поддержки персонала АС, направленная на выработку навыков релаксации;
- методика психофизиологической поддержки персонала АС, направленная на восстановление психофизиологических ресурсов работника.

Для диагностики, коррекции функциональных состояний, формирования и развития профессионально важных качеств, необходимых персоналу блочного щита управления (БЩУ) для успешного выполнения своих профессиональных обязанностей, специалисты ЛПФО АС используют технологии с биологически обратной связью.

Эффективность проведенных специалистами ЛПФО АС мероприятий ППП оценивается с помощью объективных и субъективных показателей функционального состояния до начала и после завершения курса ППП. Динамика объективных и субъективных показателей функционального состояния работников позволяет говорить о достоверной эффективности проведенных мероприятий ППП для работников АС.

Результаты корпоративной партнерской проверки ВАО АЭС АО «Концерн Росэнергоатом» показали, что использование специалистов ЛПФО АС при подборе персонала АС и превентивном управлении стрессовыми ситуациями положительно отражается на эксплуатации АС и является сильной стороной АО «Концерн Росэнергоатом».

Приведенные в статье данные свидетельствуют о том, что такая комплексная работа специалистов ЛПФО АС по направлениям деятельности психофизиологическое обследование кандидатов/работников АС и психологическая и психофизиологическая поддержка повышает надежность профессиональной деятельности персонала АС.

Библиографический список

1. *Абрамова В.Н., Белехов В.В., Бельская Е.Г., Колосова О.А., Черторижская О.В.* Психологические методы в работе с кадрами на АЭС. М., 2001.
2. Положение о лаборатории психофизиологического обеспечения объекта использования атомной энергии РД ЭО – 0159-99.

Психическое здоровье пожилых людей

Old Age and Mental Health

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЙ ПРОСТРАНСТВА И ВРЕМЕНИ ПРИ СТАРЕНИИ

Балашова Е. Ю. к. псих. н., доцент,
Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова,
Научный центр психического здоровья,
Психологический институт РАО,
Московский государственный областной университет,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье обсуждаются методологические проблемы клинико-психологических исследований старения. Рассматриваются причины, обуславливающие актуальность изучения позднего онтогенеза и необходимость поиска детерминант нормального или патологического характера стареющей психики. Обосновывается важность изучения пространства и времени с методологических позиций отечественной клинической и культурно-исторической психологии.

Ключевые слова

Пространство, время, старение, клиническая психология, нейропсихология, методология.

METHODOLOGICAL ISSUES OF CLINICAL-PSYCHOLOGICAL RESEARCH OF SPACE AND TIME REPRESENTATIONS IN OLD AGE

Balashova E. Yu. PhD, Associate Professor,
Lomonosov Moscow State University,
Mental Health Research Center,
Psychological Institute of Russian Academy of Education,
Moscow State Regional University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The paper discusses theoretical and methodological issues of clinical-psychological research of ageing. The article looks at the reasons for studying late ontogenesis and the necessity of finding determinants of a normal or pathological nature in the psyche of the elderly. Furthermore, the article substantiates the importance of studying the spatial-temporal factor as a special psychological reality from the perspective of Russian clinical and cultural-historical psychology.

Key words

Space, time, ageing, clinical psychology, neuropsychology, methodology.

Обращение психологов к изучению старения обусловлено глобальными демографическими сдвигами. Проблема старости и старения постепенно становится важной не только для социологии, медицины, экономики, но и для психологии [Краснова, Лидерс, 2002; Марцинковская, 2005; Стюарт-Гамильтон, 2010]. Увеличение доли пожилых и старых людей сре-

ди населения остро ставит вопрос о необходимости психологических исследований тех механизмов, которые обуславливают особенности когнитивной сферы и поведения в позднем возрасте. Эти демографические тенденции приводят и к увеличению частоты ряда свойственных старости психических расстройств [Медведев, 2000; Гаврилова, 2011].

Кроме того, на протяжении десятилетий возрастная психология концентрировала свое внимание в основном на изучении ранних этапов онтогенеза. В России изучение психологических аспектов старения долго существовало «в тени» биологических и физиологических исследований [Маньковский, Минц, 1972; Фролькис, 1991]. Самостоятельные психологические изыскания в этой области были очень немногочисленны. В США и Западной Европе ситуация была иной: с середины XX века опубликованы сотни статей и монографий, посвященных изменениям психических функций и эмоциональной сферы при старении.

К настоящему времени созданы десятки биологических и социологических теорий старения [Давыдовский, 1966; Фролькис, 1970, 1991; Козлов, 1999]. А вот психологических теорий немного, и они представляются скорее феноменологическим описанием отдельных этапов и уровней изменения когнитивных функций [Bigten, Schaie, 1985; Краснова, Лидерс, 2003]. Среди причин такой диспропорции специалисты называют и недостаточную точность психологических критериев старения, и неоднозначное соотношение между биологическим и психологическим возрастом, и огромный диапазон индивидуальных различий, затрудняющий построение обобщенной картины изменений стареющей психики [Краснова, Лидерс, 2002]. Российские клинические психологи, изучающие старение, предпочитают опираться на давно существующие в психологии и биологии теории и концепции [Корсакова, 1996].

Сегодня одним из перспективных векторов клинико-психологических исследований старения является анализ тех базисных факторов, действие которых во многом определяет характер функционирования психики в позднем онтогенезе. В их число входит и пространственно-временной фактор, оказывающий принципиальное влияние на когнитивную сферу субъекта, организующий целостный хронотопический континуум его жизнедеятельности.

Истоки интереса к изучению психического отражения пространства и времени при старении обусловлены также наличием ряда лакун и диспропорций в развитии данной области знания. Первая из них — это диспропорция между богатейшей клинической феноменологией пространственных и временных нарушений при многих вариантах патологического старения и явно недостаточным исследованием и осмыслением их мозговых и психологических механизмов с позиций экспериментально-психологического подхода. Вторая особенность связана с тем, что в России до настоящего времени клинико-психологические исследования старения представлены почти исключительно нейропсихологической парадигмой [Поляков и др., 1985; Рощина, 1993; Балашова, 1995; Корсакова, Москвичюте, 2003; и др.]. Синдромный анализ состояния пространственного и временного факторов представляет значительную сложность при многих вариантах патологического старения, когда диффузные изменения затрагивают обширные зоны мозговой коры и субкортикальных образований.

Хорошо известен тот факт, что отечественная нейропсихология по ряду причин с момента своего возникновения и до последних лет проявляла больше активности в исследовании пространства, чем времени [Балашова, 2012]. Интерес к тому, как соотносится с психическими процессами пространство мозга, возник раньше, чем потребность в понимании временной последовательности и динамики складывания этой мозговой организации. Первые отечественные работы, посвященные изменениям мозговой организации психики в разные периоды онтогенеза, появляются только в середине 1980-х годов.

Анализ нейропсихологических данных о том, какие мозговые структуры принимают участие в психическом отражении пространства и времени, как нарушается это отражение при поражениях мозга различной локализации и латерализации, также представляет неоднозначную картину. В ней причудливым образом сочетаются глубокие характеристики симптомов и мозговых механизмов пространственных нарушений и весьма фрагментарные сведения о нарушениях временной перцепции. Столь же диспропорциональным является соотношение эмпирических методик в комплексной нейропсихологической диагностике. Не вызывает сомнения, что сегодня исследование пространства и времени невозможно без дополнения классического нейропсихологического обследования приемами, позволяющими оценивать различные компоненты и уровни психического отражения времени.

Возможно, приоритетное обращение нейропсихологов к изучению пространства связано с тем, что многие пространственные нарушения, возникающие при локальных поражениях мозга, хорошо доступны наблюдению и фиксации. Они наглядно проявляются в рисунке, письме, конструктивной деятельности, движениях, речи больного. Процессы, связанные с восприятием и переживанием времени, протекают в основном во «внутреннем» плане психики, и потому их объективное исследование неизбежно сталкивается с рядом методических и интерпретативных трудностей.

Крайне актуальным остается и вопрос о мозговом субстрате пространственного и временного факторов. В лурьевской нейропсихологии пространственный фактор соотносится с *modus operandi* некоторых третичных корковых зон, расположенных в задних отделах больших полушарий. Однако в ряде работ высказываются идеи о том, что определенный вклад в реализацию пространственных компонентов восприятия и внимания могут вносить и подкорковые образования мозга. Есть данные об изменениях целостности пространственного восприятия при поражениях или агенезии мозолистого тела. Представления о мозговой организации пространственного фактора уточняются в ходе исследований роли гиппокампа и лобных отделов мозга в процессах пространственной памяти [Olton et al., 1978; и др.].

Что касается церебрального обеспечения временного фактора, то в этой области нейропсихологические представления еще очень далеки от достижения сколь-нибудь четких очертаний. Идея о существовании единого пространственно-временного фактора по-

ка не подтверждена нейропсихологическими данными. В ряде современных классификаций нейропсихологических факторов выделяется фактор сукцессивной организации психических функций (т. е. их последовательного развертывания во времени), связанный с работой левой гемисферы мозга [Хомская, 1987]. Различные по характеру и степени выраженности нарушения ориентировки во времени, восприятия времени, оценки и отмеривания временных интервалов могут наблюдаться при поражениях правого и левого полушария, различных корковых зон, срединных структур мозга, подкорковых структур [Осмина, 1991; Брагина, Доброхотова, 1988; Портнова и др., 2006; и др.]. Высказывается предположение о дифференцированном участии левого и правого полушарий мозга в формировании временной перспективы [Брагина, Доброхотова, 1988].

Построение логичной картины изменений психического отражения пространства и времени при ста-

рении должно опираться на широкий спектр идей, существующих в гуманитарных и биологических науках [Раушенбах, 1980; Гуревич, 1984; Бахтин, 1986; и др.]. Такое исследование немислимо и без опоры на методологию культурно-исторической психологии. Она позволяет анализировать его средовые детерминанты, получать более точные представления о связи пространственных и временных репрезентаций и навыков с возрастом, образовательным уровнем, «социальной ситуацией развития», увидеть различные опосредующие приемы и стратегии, используемые при выполнении пространственных и временных действий и операций. Использование клинико-психологического и культурно-исторического подходов позволит реализовать изучение различных уровней (мнестического, гностического, семантического) переработки пространственной и временной информации в их взаимосвязи и структурно-функциональной целостности.

ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТ С ДЕМЕНЦИЕЙ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ: ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ

Ильницкий А. Н.^{1,2}, д. м. н., профессор,
Прощаев К. И.^{1,2}, д. м. н., профессор,
Астапенко В. Н.³, Носкова И. С.²,

¹Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение,
Витебск, Республика Беларусь,

²АНО «Научно-исследовательский медицинский центр»,
Москва, Россия,

³Комитет по труду, занятости и социальной защиты Витебского облисполкома,
Витебск, Республика Беларусь

ELDERLY PATIENT WITH DEMENTIA IN THE SOCIAL CARE SYSTEM: THE EXPERIENCE OF DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF REGIONAL PROGRAMMES

Il'nitski A.^{1,2}, MD, Professor,
Prashchaeyu K.^{1,2}, MD, Professor, Astapenko V.³, Noskova I.²,

¹Belarusian Republican Gerontological Public Society,
Vitebsk, Belarus,

²Researching Medical Centre "Gerontology",
Moscow, Russia,

³The Department of Work and Social Care of Vitebsk Regional Government,
Vitebsk, Belarus

Введение. Деменция — это не только медицинская, но и социальная проблема. Это связано с тем, что человек с деменцией характеризуется следующими *особенностями*, снижающими уровень и качество социальной активности [1, 2, 4]:

- нарушение памяти, что приводит к снижению способности к запоминанию нового материала и припоминания событий собственной жизни;
- нарушение способности к планированию, переработке и организации информации (когнитивные способности) при неизменном сознании;

- нарушение эмоционального контроля за своим поведением;
- прогрессирующая утрата профессиональных способностей.

В связи с этим, мы считаем, что важна разработка региональных стратегий по усилению роли социальных служб в оказании целевой помощи людям с деменцией [3]. Причем основой стратегии является взаимодействие органов власти, практических учреждений, научно-методических центров и общественных организаций. В рамках трехстороннего сотрудничества — Белорусского республиканского геронтологического общественного объединения, Комитета по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома и АНО «Научно-исследовательский медицинский центр „Геронтология“» — был разработан проект «Стратегия социальной службы региона в борьбе с деменцией».

Социальная значимость деменции и необходимость разработки региональных стратегий и проектов по борьбе с деменцией в социальной службе обусловлена следующими позициями:

- наблюдается низкая выявляемость деменции на ранней стадии, включая систему социальной защиты, когда комплекс мер способен пролонгировать период активной жизнедеятельности и независимой жизни, что приводит к снижению возможностей медицинского вмешательства;
- в системе социальной помощи и стационарных социальных учреждениях недостаточно активно проводится профилактика деменции, в том числе воздействие на такие факторы риска как повышенное артериальное давление, ожирение, курение, низкий уровень физической активности;
- недостаточно широко используются методы скрининга деменции, доступные для социального работника;
- необходимо разработать меры по физической и эмоциональной поддержке семей, члены которых страдают деменцией, а также людей, которые осуществляют уход за пациентами с деменцией;
- важно обеспечить исполнение прав и свобод пациента с деменцией, так как нередко в стационарных социальных учреждениях используются физические методы и медикаментозные препараты, ограничивающие физическую активность пациентов, что не соответствует международным нормам в области прав человека;
- важно повышать осведомленность социальных работников по вопросам раннего выявления и медико-социальной помощи пациентам с деменцией путем различных форм обучения;
- актуальным является повышение степени информированности общества по проблеме деменций, их профилактики, раннего выявления и мер поддержки людей с данным заболеванием.

Подготовка специалистов системы социальной защиты населения по вопросам деменции. Наш опыт по реализации данного направления заключается в следующем:

- создание в каждом учреждении бригады сотрудников, которые будут задействованы в реализации проекта;
- проведение вводных и текущих информационных тренингов для сотрудников учреждений социальной защиты — участников проекта;
- подготовка и издание методических рекомендаций «Раннее выявление деменции в практике учреждений социальной защиты», «Профилактика и реабилитация при деменции в практике социального работника амбулаторного учреждения», «Профилактика и реабилитация при деменции в практике стационарного учреждения социального обслуживания» и ознакомление с ними участников проекта.

Пути повышения ранней выявляемости деменции в рамках системы социальной защиты:

- внедрение скрининговых шкал и опросников по раннему выявлению деменции в практику территориальных центров социального обслуживания;
- внедрение шкал и опросников по оценке ментального статуса в практику стационарных учреждений социального обслуживания;
- отработка системы направления клиентов территориальных центров социального обслуживания на консультации в учреждения здравоохранения в случае выявления когнитивных расстройств;
- привлечение желающих клиентов территориальных центров социального обслуживания для скрининга когнитивных расстройств;
- определение контингентов клиентов центров территориального обслуживания, нуждающихся в профилактических и реабилитационных мероприятиях в отношении деменции на дому;
- обеспечение консультации врачами-специалистами клиентов территориальных центров социального обслуживания с выявленными когнитивными расстройствами;
- формирование контингента людей со снижением когнитивных способностей в стационарных социальных учреждениях и обеспечение их консультацией врачей-специалистов для разработки программ лечения и реабилитации, срок исполнения.

Система профилактики деменции в стационарных социальных учреждениях и территориальных центрах социального обслуживания должна предусматривать реализацию следующих направлений:

- создание терапевтической безопасной безбарьерной открытой среды;
- внедрение профилактических и реабилитационных практик по борьбе с деменцией в соответствии с утвержденными методическими рекомендациями.

Важным является **обеспечение физической, эмоциональной и правовой поддержки семей, члены которых страдают деменцией, а также людей, которые осуществляют уход за людьми с деменцией** по следующим направлениям:

- проведение единых консультативных дней для семей, члены которых страдают деменцией в составе

специалиста системы социальной защиты, психолога, юриста, медицинского работника;

- создание в территориальных центрах социального обслуживания горячей линии для семей, члены которых страдают деменцией;
- создание в территориальных центрах и стационарных учреждениях социального обслуживания комнат психологической разгрузки для людей, которые осуществляют уход за людьми с деменцией;
- проведение психологического тестирования и психологических тренингов для людей, которые осуществляют уход за людьми с деменцией.

Неотъемлемой частью региональной стратегии является обеспечение достоинства и права пациента с деменцией в территориальных центрах социального обслуживания и стационарных социальных учреждениях следующими способами:

- обеспечение участия людей с деменцией во всех мероприятиях, проводимых учреждениями социального обслуживания;
- посещение людей с деменцией представителями администрации учреждений социального обслуживания для оценки ситуации, выявления проблемных вопросов и их коррекции;
- проведение акций «Узнай про нас», в ходе которых представители различных слоев общества (представители районных/городских администраций, общественных организаций, студенчества) посещают дома-интернаты, знакомятся с людьми с деменцией, проводят совместные мероприятия.

Необходимым является организация информационных акций для широких кругов населения по проблеме деменций, их профилактики, раннего выявления и мер поддержки с целью повышения осведомленности общества по проблеме деменции. Мы реализуем это таким образом:

- подготовка цикла статей по проблемам деменции (6 статей с частотой публикаций 1 раз в 2 месяца) для областной газеты;
- подготовка двух видеороликов по проблеме деменции и его распространение через СМИ, интернет, средства трансляции в учреждениях и на предприятиях;

- подготовка цикла статей по проблемам деменции (6 статей с частотой публикаций 1 раз в 2 месяца) для каждой территориальной (районной, городской) газеты;
- подготовка цикла радиовыступлений специалистов (12 передач с частотой 1 раз в месяц) на областном радио по проблеме деменции;
- подготовка четырех телепередач на областном телевидении по проблеме деменции;
- создание и издание четырех листовок-памяток для населения «Деменция: профилактика, реабилитация, обеспечение качества и независимости жизни»;
- создание страницы в социальных сетях по информированию населения о проблеме деменции, о данном проекте и ходе его реализации.

Научно-методическое сопровождение реализации стратегии осуществляет так:

- мониторинг, текущая и заключительная оценка эффективности мероприятий стратегии, выработка рекомендаций;
- проведение конференции с международным участием «Социальная стратегия по борьбе с деменцией»;
- по результатам проекта создание и издание методических рекомендаций «Реализация стратегии по борьбе с деменцией на уровне региона»;
- проведение итоговой конференции «Реализация стратегии по борьбе с деменцией на уровне региона: опыт Витебской области»;
- выработка предложений по созданию «Национальной стратегии по борьбе с деменцией в Республике Беларусь».

Заключение. Социальные службы регионов содержат в себе большие резервы, которые можно использовать при разработке региональных программ, стратегий по борьбе с деменцией и социально-медицинскому сопровождению людей, которые ею страдают. При этом наиболее успешным механизмом реализации региональных стратегий является единое взаимодействие органов власти, практических учреждений, научно-методических центров и общественных организаций.

Библиографический список

1. *Cushman L. A., Stein K., Duffy C. J.* Detecting navigational deficits in cognitive aging and Alzheimer disease using virtual reality // *Neurology*. 2008. Vol. 71. P. 888.
2. *Man-Son-Hing M., Marshall S. C., Molnar F. J., Wilson K. G.* Systematic review of driving risk and the efficacy of compensatory strategies in persons with dementia // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2007. Vol. 55. P. 878.
3. *Rowe M. A., Feinglass N. G., Wiss M. E.* Persons with dementia who become lost in the community: a case study, current research, and recommendations // *Mayo Clin. Proc.* 2004. Vol. 79. P. 1417.
4. *Triebel K. L., Martin R., Griffith H. R. et al.* Declining financial capacity in mild cognitive impairment: A 1-year longitudinal study // *Neurology*. 2009. Vol. 73. P. 928.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Клюева Н. В., д. псих. н., зав. кафедрой, профессор,
Головчанова Н. С., к. псих. н., старший преподаватель,
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова,
Кафедра консультационной психологии,
Ярославль, Российская Федерация

Аннотация

Рассмотрены аспекты экзистенциального измерения старения. Описаны подходы к содержательному пониманию осмысленности жизни в пожилом возрасте. Затронута тема источников смыслов жизни и взаимосвязи присутствия смыслов с удовлетворенностью в процессе старения. Даны ссылки на психологические исследования, проведенные авторами статьи и другими исследователями. Перечислены психологические направления поддержки пожилых людей, проживающих в условиях геронтологического центра.

Ключевые слова

Пожилкой возраст, экзистенциальный подход, смыслы жизни, психологическое сопровождение.

EXISTENTIAL DIMENSION OF MATURE AGE

Kliueva N. V., Head of Department, Psy. D., Professor,
Golovchanova N. S., PhD (Psychology), Assistant Professor,
P. G. Demidov Yaroslavl State University,
Counselling Psychology Department,
Yaroslavl, Russian Federation

Abstract

The article discusses the aspects of the existential dimension of ageing. Approaches to understanding the content of the life meaning concept in older age are described. The aspect of meaning sources and the interrelation of meaning presence with life satisfaction during ageing is covered. The study provides references to psychological research carried out by the article authors as well as other researchers. The guidelines for psychological support for the elderly residing in special gerontology centers are listed.

Key words

Ageing, existential approach, meaning, psychological support.

Анализ научных публикаций за 2010–2015 гг. показывает возрастание интереса к проблематике пожилого возраста в России и социально-психологическим контекстам, связанным с проживанием поздних лет жизни. В первую очередь этот интерес связан с непрерывно меняющейся демографической ситуацией. В настоящее время 23,5% россиян являются пенсионерами, из них 269 тыс. человек проживает в государственных домах престарелых¹.

Наблюдения авторов показывают, что многие предлагаемые решения по сопровождению людей пожилого возраста связаны с организацией досуга и сферой «развлечения», либо лежат в поле медикаментозной терапии, предлагаемой как для самих пожилых людей, так и их родственников в случае психологических проблем. Но не всегда очевиден ответ на вопрос, что скрывается за видимыми психологическими проявлениями и с какими экзистенциальными вызовами пытается справиться пожилой человек?

В пожилом возрасте экзистенциальная тематика приобретает особое звучание в силу происходящих телесных изменений, влияющих на восприятие идентичности; потерь близких людей, обостряющих ощущение экзистенциальной изоляции и осознание собственной конечности.

Рассматривая экзистенциальные данности в пожилом возрасте, мы предположили, что в основе жизни человека в пожилом возрасте находится осознание актуальных жизненных смыслов [1]. Приоритетная роль именно воле к смыслу отводится в логотерапии В. Франкла: смысл помогает интерпретировать происходящее в жизни человека, задает направление активности [3].

Результаты канадского проекта Онтарио по изучению успешного старения показали, что наличие жизненного смысла у пожилого человека теснее всего связано с переживанием счастья, благополучия и отсутствием возрастных психопатологий и депрессии,

¹ www.gks.ru — Федеральная служба государственной статистики.

Пол Вонг назвал личные смыслы «скрытым измерением успешного старения» [цит. по 1].

Исследование, проведенное в Ярославле (2005–2006) показало, что дихотомия осознанности — неосознанности в реализации жизненных смыслов действительно является актуальной экзистенциальной данностью в пожилом возрасте [1]. В то же время, нами не было зафиксировано статистически значимых различий между выборками проживающих в геронтологическом центре и живущих самостоятельно или в семьях ни по наличию, ни по содержанию смыслов жизни. Исследование эмоционального состояния в период адаптации к геронтологическому центру (ГЦ) показало, что на протяжении первых шести месяцев после переезда 49% испытывают мягкую депрессию, 12% — тяжелую депрессию [2]. Таким образом, более чем для половины проживающих в ГЦ, начальный период проживания является периодом эмоционального риска. В данный период жизни вероятно состояние бессмысленности или обращение к так называемым псевдосмыслам (непродуктивная конфликтность, алкоголизация и т. п.).

Исследователи Левенского университета (Бельгия) рассматривают смысл жизни пожилого человека как «защитный ресурс», разделяя при этом присутствие смысла и поиск смысла. В исследованиях коллег также не зафиксированы значимые различия по данным параметрам между проживающими в резиденциях и самостоятельно, однако при этом меньше всего депрессивных переживаний было обнаружено у группы «высокое присутствие смысла, низкий поиск смысла». То есть, в пожилом возрасте активный поиск смысла в случае его отсутствия в данный момент может стать фактором текущей неудовлетворенности и сниженного эмоционального фона, и это важно учитывать в консультационной работе с пожилыми людьми [6].

Важным для практики является вопрос источников жизненных смыслов в пожилом возрасте. Одним из способов представить данные источники является размещение их на континууме от собственной индивидуальности (внутренними способностями, мыслями, чувствами, достижением личных целей, переживанием автономности и возможности личного контроля) и соотнесенности с другими (принадлежность к паре или группе, восприятие своего статуса, социальных ролей и отношений) [4].

Какие психологические практики могут сделать жизнь пожилого человека более осмысленной? (Из опыта работы авторов в Геронтологическом Центре г. Ярославля.)

- **Экзистенциально ориентированное психологическое консультирование и психотерапия**, направленные на осмысление и принятие базовых данностей человеческого существования и, прежде всего, обретение смысла проживания пожилого возраста. В ходе консультирования пожилых важно раскрыть понятие удовлетворенности жизни, условия его достижения. Важно объяснить, что вместо понятия «счастливая старость» уместнее «успешное старение» как постоянная и разумная

активность, адекватные физические и умственные тренировки, способствующие решению основных задач возраста.

- **Программа адаптации пожилого человека к геронтологическому центру**: включает в себя информирование пожилых людей об особенностях центра, о распорядке дня и проводимых мероприятиях, знакомство с другими проживающими, предоставление возможности выбора и проявления активности пожилым человеком.
- **Организация досуга** направлена на продуктивное наполнение времени пожилых людей, включающее создание возможностей для взаимообогащающего общения, реализации важных жизненных желаний и элементы психотерапевтической поддержки пожилых людей.
- **Творческое самовыражение и арт-терапия** — научно и практически обоснованное использование в лечебных и оздоровительных целях факторов и элементов красоты: музыки, голоса, рисунка, пластических форм, движения, литературного творчества (сочинение сказок, рассказов, стихов). Данные методы обращаются к внутренним, самосоисцеляющим ресурсам человека, тесно связанным с его творческими возможностями.
- **Религиозное направление работы** ориентировано на создание возможностей для осуществления религиозных ритуалов и религиозного общения в желаемой для конкретного пожилого человека форме.
- **Образовательные мероприятия** направлены на повышение информированности в вопросах психологического благополучия.
- **Программы посещения пожилых людей студентами-волонтерами.**
- **Психологическая работа с персоналом** центра в виде семинаров, дискуссий, информационных лекций с целью повышения социально-психологической компетентности персонала геронтологического центра. Наиболее актуальными темами являются психологические особенности пожилых людей, подходы к разрешению конфликтов, профилактика эмоционального выгорания, переживание острого горя пожилыми людьми и др. Нами опубликованы буклеты, в которых представлены психологические рекомендации персоналу. Среди них: «Шаг навстречу: помощь в адаптации человека к новым условиям жизни», «Осторожно, конфликт!», «Умение быть рядом: сопровождение уходящего из жизни человека» и др.

Заключение. На наш взгляд, центральной линией в любой психологической работе с пожилыми людьми может стать желание выделить возможности и ресурсы пожилого возраста. То, что эти ресурсы существуют, не вызывает сомнения: успешная работа образовательных центров для людей «золотого возраста» и активное участие в них 60–70-летних людей, выделение геронтологии как отдельного направления образования доказывают возможность развития, интеллектуального и духовного, даже в поздние годы.

Библиографический список

1. Клюева Н., Головчанова Н. Пожилой возраст: подготовка к смерти или продолжение жизни (экзистенциальный анализ проблем пожилого возраста) // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2006. № 2(9). С. 106–116.
2. Клюева Н. В., Ефимова И. В., Головчанова Н. С. Психологические особенности пожилых людей в период адаптации // Психологическое сопровождение пожилых людей в период адаптации к жизни в геронтологическом центре / Под ред. Н. В. Ключевой. Ярославль: ЯрГУ, 2012. С. 19–35.
3. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: «Прогресс», 1990. 368 с.
4. Bode C. A cross-national study of individuality and relatedness / In Individuality and Relatedness in Middle and Late Adulthood. A Study of Women and Men in the Netherlands, East- and West-Germany. 2003. Enschede: Printpartners Ipskamp, P. 97–118.
5. Custers A. F. J., Westerhof G. J., Kuin Y., Gerritsen D. L., Riksen-Walraven M. Relatedness, autonomy, and competence in the caring relationship: The perspective of nursing home residents // Journal of Aging Studies, 2012, doi:10.1016/j.jaging.2012.02.005
6. van der Heyden K., Dezutter J., Beyers W. Meaning in life and depressive symptoms: a person-oriented approach in residential and community dwelling older adults // Ageing & Mental Health, 2015. 19:12. P. 1063–1070.

“CLOUDY” PRINCIPLES OF MOBILIZATION OF PSYCHOEMOTIONAL RESOURCE AND LONG LIVING

Lavrova N.¹, Lavrov V.², Lavrov N.³,

¹Centre of System Consultancy and Education “Synergia”,

²Pavlov Institute of Physiology Russian Academy of Sciences,

³Kirov Military Medical Academy,

Center of Scientific and Practical Mediation “Consent”,

Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

Mobilization of psychoemotional resource provides to the organism an ability to resist the bad influence. Problem of rational use the resource with provision for restriction of its size is considered in aspect of the informatics, studying “cloudy” principles of the optimal access to energy and information resource. Address to life experience of oldsters has allowed to reveal the behavioural strategies, which allowed to rationally spend psychoemotional resource when arising the health threat, as well as promoted recovering the resource after disease. Collation of pharmacological and psychotherapeutic ways to mobilizations of the resource had demonstrated the advantage of psychotherapy.

Key words

Health, psychoemotional resource, functional state, behavioral strategies, psychotherapy, long living.

Introduction. Information about the relation of psycho-emotional resources and health, comes from gerontology and from all areas of medicine, particularly from oncology. The study showed that cancer is largely due to the mental and behavioral characteristics of patient [7]. Personal resource are often considered by analogy with the power of technical devices. It can be assumed that the higher the resource, the more efficiently person counteracts to the harmful impacts. However, we need some clarification. Influence of the resource on the health is mediated by the regulation of the functional state of cerebral, somatic and vegetative systems. Previous studies [2–6] have confirmed the fact that the functional state is specific. Functional state, which ensures the success in one situation may not correspond to other problem situations. Therefore, the mental and emotional resources of the person are studied in two directions. At first, the psychological and physiological factors in the

formation and preservation of the resource are investigated and secondly, the methods and skills of rational use of the resource to resist harmful influences and to overcome their consequences are defined.

The aim of this work was to identify the behaviour and skills used by long-lived individuals to mobilize personal resources and maintain a functional state that facilitates resistance to harmful factors. The study solved the following tasks: 1) clarifying the preferred strategy, followed by the centenarians in their behavior, 2) assessment of preservation of intelligence by the method of recognition of incomplete images, 3) analysis of emotionality by measuring anxiety and by testing micro-social relations, 4) comparison of the efficacy of psychotherapeutic and pharmacological influence on the mobilization of the resource.

Methods of research. Analysis of individual health of 12 men and 19 women aged from 81 to 92 years old,

Table 1. Characteristics of functional of strategies

Functional	Dysfunctional
1. "Psychological protection" from the stressor (symbol "turtle").	2. Non-perception of stressor (symbol "ostrich").
3. Submission to requirements of living situation (symbol "hare").	4. Confrontation with microsocial environment (symbol "cock").
5. Optimism in all situations, including undefined (symbol "frog").	6. Preparing for the worst case event (symbol "camel").
7. Purposefulness in solving arisen problems (symbol "woodpecker").	8. Shipment of own negative emotions to other people (symbol "leech").

Categories of strategies: I—perception of stressor (1,2), II—relations in microsociety (3,4), III—emotionality (5,6), IV—decision of problems (7,8)

produced on the basis of the physiological data contained in the outpatient map has showed that they all have dysfunction of the body due to age and previous diseases. The severity of dysfunction did not reach the limit values, life-threatening. Testing with the original method of assessment of the behavioural strategies [3] revealed the preferred features of the behavior in a problem situation. List of strategies is given in table 1.

The safety of intelligence was assessed by the ability to make decisions in conditions of deficiency of useful information. Technique of recognition of fragmented images [9] was used. The emotionality was measured by the indicator of situational anxiety [1] and by the indicator of quality of relationships in the family. Method of analysis of the functional resource of the family [3] was used to assess relationships. The comparison of the results of psychotherapeutic and pharmacological psychotropic effects was based on the opinions expressed by sixteen centenarians (5 men and 11 women) who turned to a therapist for help in overcoming the disorders and fulfilled the requirements of the local doctor on the usage of pharmacological drugs.

Results and discussion. The analysis of the data showed that elderly people without intellectual disabilities are attentive to their health. Conclusion about the safety of intelligence was based on data obtained by the method of recognition of fragmented images [9]. The threshold identification did not exceed the normal range. As evidenced by the test of behavior, long-livers preferred functional strategies 1, 3, 5, 7 (see table 1) to preserve the emotional resource and to maintain the optimal functional state. Situational anxiety of the aged respondents ranged from 3 to 6 stanines. The survey took place in the con-

ditions of a prosperous state of health with the absence of acute illness. Under these conditions such anxiety was classified as moderate. It supported the activation of brain and somatic systems [2]. The presence of moderate anxiety is due to the readiness for action, for the solving of life's problems and resistance encountered diseases. Some centenarians (16 respondents) feared for their lives and used psychotropic drugs. Comparison of psychotherapeutic and pharmacological effects has led to the recognition of the benefits of psychotherapy, with its mobilising action. In addition, psychotherapy has regained the motivation to maintain positive emotional relationships with others. Respondents tried to take an active role in society and strived to achieve family harmony. Measurement of the quality of family relationships has shown that six families of centenarians have high positive resource, and others have average positive resource. Psychotherapy helped to come to terms with calendar and biological ages. Centenarians calmed the fear of the end of life.

We believe that it is appropriate to turn to the achievements in the field of Informatics, to understand the behavioral algorithms, aimed at rational use of the resource. Informatics uses cloud computing in solving problems of optimal access to available information and the energy resources upon request by the user [8]. The search for the answer to the question concerning the rational use of the personal resource for the preservation of health is a similar problem.

This work has demonstrated the features of the lifestyle and status of the aged people. The emphasis was on the formation of personal responsibility for individual health and the prolongation of life through rational expenditure of mental and emotional resources.

Bibliography

1. Bizyuk A. P., Wasserman L. I., Iovlev B. V. Application of integrative test of anxiety.—SPb.: AdapteTest, 1997. 23 p.
2. Lavrov V. V. Brain and psyche. SPb: RSPU. 1996. 156 p.
3. Lavrova N. M., Lavrov V. V. Family therapy: from simple to complex. St. Petersburg: Bridge. 2009. 73 p.
4. Lavrov V. V., Lavrova N. M., Lavrov N. V. Ecotherapy and valeology.— In sat.: "Human Health". SPb: St. Petersburg State Medical University. 2011. P. 139–140.
5. Lavrova N. M., Lavrov V. V., Lavrov N. V. Mediation: making of critical decisions. M.: APPL. 2013. 224 p.
6. Lavrov V. V., Lavrova N. M. Influence of aggression on wholeness, integrity, value and subjectivity of the image of the conflict situation.—In sat.: "Cognitive psychology: interdisciplinary research and integrative practices". SPb.: VVM. 2015. P. 342–347.
7. Nudelman Yu. Not afraid of cancer, how it is diagnosed and treated.—<http://www.julinudelman.com/BRPortal/br/P102>
8. Antonopoulos N., Lee G. Cloud Computing: Principles, Systems and Applications.—L.: Springer. 2010. 379 p.
9. Chihman V. N., Lavrov V. V., Shelepin Yu. E., Pronin S. V., Pushkarev Yu. P. Influence of anxiety on recognition of fragmented contour images by human observers // Perception. 2001. V. 30. P. 88.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Селявко Л. Е., сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии,
Цветкова Л. С., д. псих. н., профессор кафедры нейро- и патопсихологии,
Факультет психологии Московского Государственного Университета
им. М. В. Ломоносова,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В данной статье рассматриваются две недавно запатентованные в РФ разработки в сфере нейропсихологической реабилитации, которые могут успешно использоваться при проведении тренингов познавательных процессов лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова

Нейропсихология, нейропсихологическая реабилитация, нейрореабилитация.

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF THE ELDERLY

Selyavko L. E., Employee of the Department of Neuro- and Pathopsychology,
Tsvetkova L. S. Psy. D., Professor of the Department of Neuro- and Pathopsychology,
Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article discusses two solutions recently patented in Russia in the field of neuropsychological rehabilitation which can be successfully used during the training of cognitive processes in elderly patients.

Key words

Neuropsychology, neuropsychological rehabilitation, neurorehabilitation.

Одной из особенностей отечественной школы нейропсихологии является то, что разрабатываемые в ее рамках технологии нейропсихологической реабилитации, предназначенные для работы с пациентами неврологической клиники, имеют, как правило, более широкую сферу практического применения.

Поэтому, разработанный нами «Новый подход к восстановлению высших психических функций у больных с органическими поражениями головного мозга» [4], включает в себя ряд технологий, которые могут иметь широкое применение не только в нейропсихологической реабилитации, но и с успехом использоваться при проведении тренингов познавательных процессов лиц пожилого и старческого возраста [1].

Одной из данных разработок является «Устройство для работы с парными карточками в ходе занятий по восстановлению и профилактической тренировке памяти у больных неврологической клиники» [2].

Разработанное устройство предназначено для облегчения работы пациентов неврологической клиники с карточками популярной во всем мире игры, известной под названием «Мемори» (*Memory* или *Мемо*),

которая предназначена для тренировки зрительной и пространственной памяти.

Данная игра состоит из комплекта парных карточек с одинаковыми изображениями, которые в ходе игры перемешиваются и раскладываются на поверхности стола лицевой стороной вниз. Каждый, из играющих, поочередно открывает по две карточки. В случае, если открытые карточки являются одинаковыми, играющий забирает их себе и открывает следующую пару карточек. Если же изображения на открытых карточках не совпадают, то играющий возвращает их на прежнее место, а право хода переходит к следующему участнику игры. Победившим считается игрок, который собрал наибольшее количество парных карточек.

Использование данной игры в практике нейропсихологической реабилитации наталкивается на трудности, связанные с тем, что больным с нарушением двигательной сферы, затруднительно выполнять ряд сложных движений, заключающихся в многократном подъеме с поверхности стола сделанных из тонкого картона карточек, неудобных для подъема даже здоровым людям.

С целью преодоления вышеописанных трудностей, было разработано данное «Устройство...», представляющее собой специальную подставку для карточек, главной особенностью которой является то, что под каждой карточкой расположена светодиодная подсветка, обеспечивающая возможность после нажатия на кнопку выключателя, увидеть находящееся на карточке изображение без ее переворачивания.

Другой важной особенностью «Устройства...» является то, что каждая карточка расположена в небольшом углублении со скошенными краями, что позволяет больному легко брать карточку в руки за счет ее движения в горизонтальной плоскости, в результате чего у нее поднимается одна сторона, за которую она легко берется рукой.

Таким образом, разработанное устройство обеспечивает возможность работы с парными карточками не только больным неврологической клиники, имеющим нарушения двигательной сферы, но и людям пожилого и старческого возраста с определенными нарушениями двигательной сферы.

В настоящее время в практике нейропсихологической реабилитации широкое распространение получили специальные компьютерные программы, предназначенные для восстановления различных психических функций (внимания, памяти, счета, речи и т. д.). Аналогичные программы используются и при проведении тренингов познавательных процессов с людьми пожилого возраста.

Однако работа с компьютерными программами является для больных более напряженной, чем работа с традиционными печатными материалами (например, карточками). Это связано прежде всего с тем, что во время работы за компьютерным монитором, в глаза пациента направлен сильный световой поток, проходящий через жидкокристаллический слой, в котором формируется изображение. При этом пациент, занимающийся за монитором компьютера, находится от него на достаточно близком расстоянии, где световой поток наиболее мощный.

Поэтому, по медицинским рекомендациям, даже физически здоровые люди могут находиться перед компьютерным монитором ограниченное время. Что же касается больных неврологической клиники, и лиц пожилого возраста, то время их нахождения за монитором компьютера еще более ограничено вследствие их повышенной утомляемости.

Для решения вышеописанной проблемы было разработано «Устройство для снижения зрительного утомления от компьютерного монитора в ходе занятий по восстановлению нарушенных психических функций» [3], обеспечивающее уменьшение мощности светового потока, направленного в глаза больного в ходе занятий.

Предлагаемое «Устройство...» позволяет в ходе занятий с больными устанавливать на компьютерный монитор специальные защитные фильтры, закрывающие поверхность компьютерного монитора, оставляя видимыми только те фрагменты его поверхности, где находится предъявляемый рабочий материал.

«Устройство...» состоит из двух прозрачных пластин, соответствующих размеру компьютерного монитора, расположенных параллельно друг другу с зазором 2–3 мм, и закрепленных на верхней части монитора.

В ходе занятий с больными, в зазор между двумя прозрачными пластинами вставляется защитный фильтр, представляющий собой лист плотной белой бумаги, содержащий вырезы различной формы (круги, квадраты и др.).

Таким образом, защитные фильтры оставляет открытыми только те области поверхности компьютерного монитора, работа с которыми задействована используемой компьютерной программой и закрывают всю остальную поверхность монитора.

Важной особенностью предлагаемого «Устройства...» является то, что больной в ходе занятий может выполнять на поверхности передней прозрачной пластины различные графические действия легко стирающимся маркером: дорисовывать геометрические изображения, вписывать буквы, цифры и т. д.

В качестве иллюстрации рассмотрим пример использования «Устройства...» со специальной компьютерной программой, предназначенной для восстановления пространственной памяти.

После запуска данной компьютерной программы, специалист вставляет в «Устройство...» соответствующий ей защитный фильтр, содержащий двадцать равномерно расположенных вырезов в форме кругов. Первоначально все круги имеют одинаковый цвет, далее компьютерная программа на короткое время меняет цвет в 3–4 кругах, после чего цвет всех кругов снова становится одинаковым.

После этого пациенту необходимо вспомнить расположение кругов, в которых менялся цвет, и отметить маркером на поверхности прозрачной пластины их расположение.

Для проверки правильности выполнения задания больным, ему повторно предъявляются те же круги с измененным цветом. После выполнения задания все отметки, сделанные маркером на поверхности прозрачной пластины, удаляются с помощью специальной губки.

Далее процесс повторяется, и в вырезах защитного фильтра появляются новые группы кругов измененного цвета, местоположение которых больной должен запомнить. По мере достижения пациентом успехов, количество кругов с изменяющимся цветом постепенно увеличивается.

В зависимости от количества и размера вырезов, используемый при работе с данной компьютерной программой защитный фильтр позволяет уменьшить световой поток от монитора от 3 до 5 раз.

Благодаря уменьшению мощности светового потока от монитора компьютера, предлагаемое «Устройство...» расширяет возможности использования компьютерных технологий в нейропсихологической реабилитации и при работе с лицами пожилого возраста, так как оно обеспечивает снижение утомляемости и позволяет существенно увеличить длительность работы пациентов за монитором компьютера. Таким обра-

зом, рассмотренные выше технологии нейропсихологической реабилитации, могут найти широкое применение при проведении тренингов познавательных процессов с лицами пожилого и старческого возраста.

Библиографический список

1. Краева М. А., Тарасова Т. О., Чижова Е. А. Тренинг познавательных процессов лиц пожилого и старческого возраста. СПб.: Речь, 2003. 62 с.
2. Селявко Л. Е. Устройство для работы с парными карточками в ходе занятий по восстановлению и профилактической тренировке памяти у больных неврологической клиники: пат. 155859 Рос. Федерация. № 2015124792/12. Заявл. 24.06.15. Оpubл. 20.10.15. Бюл. № 29.
3. Селявко Л. Е. Устройство для снижения зрительного утомления от компьютерного монитора в ходе занятий по восстановлению нарушенных психических функций: пат. 160421 Рос. Федерация. № 2015146870/14. Заявл. 30.10.2015. Оpubл. 20.03.16. Бюл. № 8.
4. Цветкова Л. С., Селявко Л. Е. Новый подход к восстановлению высших психических функций у больных с органическими поражениями мозга // Актуальные проблемы клинической психологии (сб. науч. статей) / Под общ. ред. В. В. Николаевой. М.: Акрополь, 2009. С. 51.

ОСНОВЫ ПОГРАНИЧНОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

Цыганков Б. Д.¹, д. м. н., профессор, Одарченко С. С.², д. м. н., профессор,
¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России,
 Москва, Российская Федерация,
²БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н. Н. Солодников»,
 Омск, Российская федерация

Аннотация

Статья посвящена рассмотрению основ нового направления в психиатрии — геронтопсихиатрии. Освещаются задачи, методы научного направления, научные и клинические подходы, наиболее распространенные психические заболевания позднего возраста.

Ключевые слова

Геронтопсихиатрия, пограничная психиатрия, невроз, старение, психическое здоровье.

FUNDAMENTALS OF BORDERLINE GERONTOPSYCHIATRY

Tsygankov B. D.¹, MD, Professor, Odarchenko S. S.², MD, Professor,
¹State Budget Educational Institution of Higher Professional Education
 Moscow State University of Medicine and Dentistry n. a. A. I. Evdokimov,
 Moscow, Russian Federation,
²Clinical Psychiatric Hospital n. a. N. N. Solodnikov,
 Omsk, Russian Federation

Abstract

The article discusses the basics of a new direction in psychiatry—gerontological psychiatry. The article also discusses the object, methods of research areas, scientific and clinical approaches, and the most common mental illnesses in elderly people.

Key words

Gerontopsychiatry, borderline psychiatry, neurosis, ageing, mental health.

По данным эпидемиологического исследования, к середине 2003 г. население мира насчитывало 6544 млн человек. При этом 1804 млн живут в странах, которые относятся к развитым (в Северной Америке, Европе, Японии, Австралии, Новой Зеландии и России). Из всего населения мира лица старше 65 лет составляют 6%. Однако эта возрастная пропорция варьирует в зависимости от региона мира: 14% — в Европе, 13% — в США, 6,2% — в России, 2% — в странах Африки, 5% — в странах Латинской Америки и Азии. Рост населения оценивается в 1,7% в год, но этот показатель неоднороден и равен 0,5%

в более развитых странах, и 2,1% — в менее развитых.

В США по количеству самоубийств люди старше 65 лет опережают все другие возрастные группы, включая подростков. Составляя 13% населения, в статистике самоубийств они достигают 20%; всего по стране регистрируется 11 самоубийств на каждые 100 тыс. человек. Суицидные настроения среди пожилых и среди подростков примерно равны; группа повышенного риска — это пожилые белые мужчины (в этой группе на 100 тыс. человек 33 ежегодно кончают жизнь самоубийством). В 1998 г. количество таких самоубийц составило 4655 человек.

В задачи геронтопсихиатрии входит рассмотрение особенностей поведения и психической деятельности лиц пожилого и старческого возрастов. Социальная геронтология (герогиена) определяет влияние условий жизни и окружающей среды на продолжительность жизни, старение индивидуума. Сфера клинической геронтопсихиатрии затрагивает проблемы клиники, динамики, терапии и профилактики. Диапазон научно-практических изысканий в этой области весьма обширен — от изучения «малых», пограничных форм нервно-психической патологии (пограничная геронтопсихиатрия), до исследования классических вариантов старческих психозов и сенильных деменций.

Существенный удельный вес в структуре болезненных расстройств составляет психическая патология: до 67% лиц старше 60 лет имеют различные виды психических нарушений — от самых мягких, легких и курабельных, до выраженных, требующих упорного лечения в стационарных условиях. Отмечается тенденция к росту распространенности цереброваскулярной патологии (церебрально-сосудистые и соматизированные расстройства, психогенные депрессии) среди пожилого населения (Ястребов В. С., 2000). Около 42,5% населения старшего возраста нуждаются в поддержке специализированной службы, однако лишь четверть из них могут реально получать такую помощь. Справедливости ради следует указать, что у значительного числа пациентов патология носит стертый характер, не позволяя отличать болезненную картину от сходных состояний у других лиц пожилого возраста.

Прогрессивно увеличивающееся обращение лиц старших возрастных групп населения в лечебные учреждения и возникновение в связи с этим новых задач для практического здравоохранения привело к выделению в ряде клинических специальностей гериатрического раздела, прежде всего в пограничной психиатрии. Оно осуществляется в трех основных направлениях: экспериментальном, клиническом и социальном.

Комплексное рассмотрение психопатологической симптоматики пожилых лиц на ранних этапах заболевания и даже на донозологическом уровне позволяет выявить определенные сдвиги в состоянии психического здоровья, провести коррекцию этих нарушений, разработать реабилитационные и превентивные программы для пожилых лиц, находящихся в зонах «повышенного риска».

Решение практических вопросов положения стариков в обществе укрепляет позиции медицинской науки — социальной гериатрии. При развитии этого научного направления на первый план выходят разработки социологических, социально-экономических и этических проблем старения. На современном этапе социальная геронтопсихиатрия существенно перерастает рамки узко академических исследований, приобретая статус самостоятельной науки и учебной дисциплины, девизом которой становится лозунг: «Не только добавить годы к жизни, но и жизнь к годам». Понятие «психическое здоровье» предлагается рассматривать как «состояние динамического равновесия индивида с окружающей средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности проявления наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной эффективностью».

Динамика пограничных психических расстройств (прежде всего под углом анализа возрастных сдвигов) представляет собой всякое изменение — будь то кратковременное (фазовое) отклонение от первоначального статуса или же более продолжительное и устойчивое, периодически возникающее преобразование клинической картины. По В. Н. Мясищеву (1971), развитие (невротическое или патохарактерологическое) претерпевает различные этапы, когда «каждый последующий вытекает из предыдущего и отличается от него не только количественно, но и качественно». Уловить переход от нормы к патологии очень сложно, особенно на завершающем этапе жизненной динамики, когда обнаруживается причудливый «переплет» различных патогенных и патопластических факторов (табл. 1).

В зависимости от генеза (преобладающая роль конституционально-биологического, психогенного, экзогенно-органического и соматогенного факторов), степени выраженности и длительности наблюдавшейся симптоматики были выделены четыре группы пограничных состояний: невротические, патохарактерологические, неврозоподобные, психопатоподобные. Каждой из них была свойственна определенная этапность формирования клинической симптоматики: начальная (преневротическая, препсихопатическая) стадия; этап структурирования; период относительной стабилизации возникшей личностной патологии (формирование невротического, патохарактерологического, патологического развития личности).

В клиническом плане переход от нормальных к субнормальным проявлениям отличают следующие особенности: кратковременность и изолированность отдельных эмоционально-волевых симптомов, носящих как бы абортный, рудиментарный (в виде моносимптомов и микросимптомов) и преходящий характер; четкая связь аффективных вспышек с психогенной ситуацией, их психологическая понятность, быстрая обратимость без устойчивой личностной переработки. По мере «созревания» аномального личностного реагирования утрачивается приспособительный (адаптивный) характер поведения, происходит ломка сложившихся механизмов психологической защиты с

Схема 1. Структура и основные направления пограничной геронтопсихиатрии

Разделы																										
Патогенетический				Эпидемиологический				Клинико-динамический				Превентивный														
Психологическое	Психопатологическое	Социологическое	Генетико-антропологическое	Патоморфологическое	Иммунологическое	Биохимическое	Нейрофизиологическое	Социально-психологический	Транскультуральный	Невротические (неврозоподобные) состояния	Патохарактерологические состояния	Эндогенные неспитические расстройства	Аффективные расстройства	Аддитивная патология	Группы «риска»	Донозологические	Начальные	Развернутые	Затяжные	Резидуальные (патос)	Психогигиенический	Психотерапевтический	Психопрофилактический	Психофармакологический	Лечебно-культурный	Физиотерапевтический
Направления				Секторы				Формы				Комплексы														

Схема 2. Клинико-патогенетические взаимосвязи при кризисных ситуациях позднего возраста

	Социально-психологические	Биологические
Факторы	Выход на пенсию, ослабление трудовой деятельности. Уменьшение межличностных контактов и отношений. Ослабление жизненной направленности (потребностей, идеалов).	Физиологические процессы увядания. Ослабление биотонуса организма. Психосоматогенные вредности.
Реакции	Ограничение прежних социальных ролей и функций. Вхождение в амплуа пожилого человека. «Птоломеевский» поворот в мировоззрении.	Нарастание эмоционально-волевого обеднения. Ослабление побуждений, сосредоточение на узком круге потребностей.
Исходы	Нивелировка личностного своеобразия. Нарастание интроверсии, одиночества, покинутости. Ипохондризация и стереотипизация реакций. Интеллектуальное личностное снижение. Регресс и личностное оскудение.	

Таблица 1. Клинико-патогенетическая систематика пограничных состояний

Этиологические факторы	Этапы динамики				
	Пред-болезнь	Острый	Подострый	Затяжной	Резидуальный («патос»)
Психогенный	Аномальные (недифференцированные) реакции	Невротические реакции: у гармоничных личностей, у акцентуированных личностей	Невротические состояния	Невротическое развитие, ситуационное конституциональное	«Краевая» психопатия
Конституционально-биологический		Патохарактерологические реакции. Психопатоподобные реакции	Препсихопатические и психопатоподобные состояния	Патохарактерологическое развитие. Патологическое развитие	«Ядерная» психопатия, Органическая психопатия
Экзогенно-органический, соматогенный		Неврозоподобные реакции	Неврозоподобные состояния	Патологическое развитие	Общеорганическое снижение личности

Таблица 2. Пограничные невротические расстройства

Реакции	Состояния	Развитие
Астеническая	Неврастения	Астеническое
Обсессивно-фобическая	Невроз навязчивых состояний	Обсессивное
Истерическая	Истерический невроз	Истерическое
Ипохондрическая	Ипохондрический невроз	Ипохондрическое
Депрессивная	Депрессивный невроз	Депрессивное

Таблица 3. Пограничные расстройства личности

Реакции	Состояние	Развитие	Типы психопатий
Возбудимая	Эксплозивное Эпилептоидное Смешанное	Эксплозивное Эпилептоидное	Возбудимый
Тормозимая	Психастеническое Астеническое Ананкастное	Психастеническое Астеническое	Тормозимый
Шизоидная	Сенситивное Экспансивное	Аутистическое	Шизоидный
Истерическая	Истеровозбудимое Истероипохондрическое Истеросенситивное	Истерическое Экспрессивное Импрессивное	Истерический Экспрессивный Импрессивный
Паранойяльная	Паранойяльно- ипохондрическое Истеропаранойяльное Паранойяльно- дистимическое	Сутяжно- паранойяльное Паранойяльно- ипохондрическое	Паранойяльный
Малодифференцированная (аффективная)	Смешанное	Мозаичное	Мозаичный, полиморфный

Таблица 4. Психопатоподобные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы

Реакции	Состояния	Развитие	Типы психопатий
Астеническая	Астеническое	Астеническое	Астенический
Возбудимая	Эксплозивное	Эксплозивное	Возбудимый
Эксплозивно-дистимическая	Эпилептоидное	Эпилептоидное	Эпилептоидный
Паранойяльная	Сутяжно-кверулянтское	Паранойяльное	Паранойяльный
Истериформная	Истериформное	Истериформное	Истерический
Шизоидная	Экспансивное Сенситивное	Шизоидное	Шизоидный
Смешанные (лигированные)	Малодифференцирован- ное (полиморфное)	Мозаичное, полиморфное	Мозаичный

Таблица 5. Неврозоподобные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы

Реакции	Состояния	Развитие	Общеорганическое снижение личности
Цефалгическая Астеническая Агриппническая Обсессивно- фобическая Ипохондрическа- я Депрессивная Истериформная Вазовегетативная Эмотивно- лабильная	Неврастеноподобное Фобическое Ипохондрическое Депрессивное Истеродистимическое Астенодистимическое Дистимико-дисфорическое	Астеническое Ипохондрическое Истериформное Эксплозивное	Астено-динамическое Ипохондрическое Эксплозивное Эйфорическое

концентрацией внимания на узком круге аффективно заряженных представлений, возрастает удельный вес разнообразных психосоматических отклонений. Пограничные психические расстройства невротического регистра (в рамках раздела V МКБ-9) были представлены тремя формами патологии — невротическими реакциями, невротическими состояниями и невротическим развитием личности.

Для невротических (острых, подострых, затяжных) реакций характерны отсутствие целостной клинической картины, протекание без значительных соматовегетативных сдвигов, возникновение в непосредственной связи с неблагоприятной жизненной коллизией и полное прекращение вскоре после разрешения конфликтной ситуации. В клинической оценке реакций важен учет преморбидного характерологического фона. Наличие акцентуированных или препсихопатических личностных качеств значимо облегчает появление и последующую фиксацию невротической симптоматики с выбором соответствующего «стереотипа болезни».

Пограничные состояния психопатического содержания охватывают патохарактерологические реакции, патохарактерологическое развитие личности и психопатию. Клинический опыт свидетельствует о целесообразности выделения шкалы личностных характе-

ристик, предусматривающей постепенный переход от нормальных вариантов к состоянию субнормы (акцентуации характера), далее — к препсихопатической и, наконец, к психопатической структуре.

С нашей точки зрения, в систематике психопатий должны быть отражены аспекты их клинической динамики. В настоящее время наиболее распространенными ее вариантами являются компенсации-декомпенсации, реакции (психопатические, психогенные), развитие (психопатическое, патохарактерологическое, патологическое), фазы. Весьма важным следует считать учет возрастной динамики психопатий, когда в периоде биологических кризов (пубертат, инволюция) происходят утяжеление, трансформация или смягчение (вплоть до полной депсихопатизации) основной психопатической симптоматики.

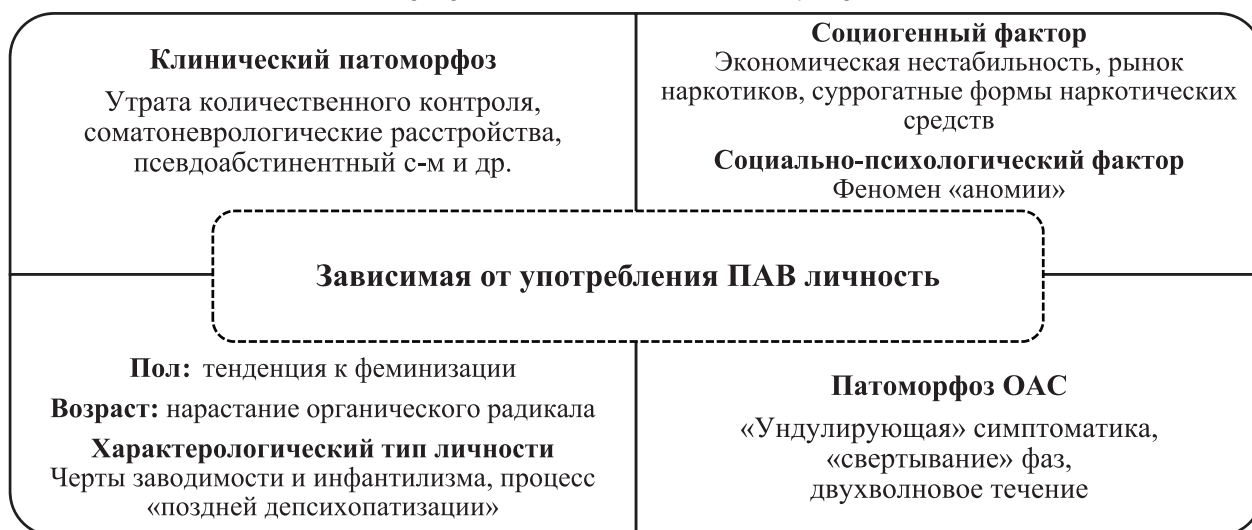
Психопатоподобные расстройства экзогенно-органического, соматогенного происхождения проходят в своем развитии четыре этапа (табл. 4).

Продолжительность первого, начального, этапа составляет 1–2 года, манифестирует астеноцефалгическими и астеноагриппническими расстройствами спустя 1–3 года после органического поражения головного мозга. На этапе структурирования аномального личностного склада развиваются преимущественно дисфорические, депрессивно-ипохондри-

Таблица 6. Психопатологические симптомы депрессии и тревоги при ПВС

Психические симптомы ПВС, свидетельствующие о депрессии	Психические симптомы ПВС, свидетельствующие о тревоге
<ul style="list-style-type: none"> ● немотивированное чувство тоски, печали, горя, слезливость; ● раздражительность, недовольство; ● нерешительность; ● утрата способности радоваться жизни; ● рассеянность; ● нарушения сна; ● пессимизм, чувство вины; ● снижение интересов, инициативы; ● избегание контактов с окружающими; ● быстрая утомляемость, усталость 	<ul style="list-style-type: none"> ● тревожные предчувствия и опасения, необъяснимое беспокойство; ● ощущение внутренней напряженности; ● конкретные страхи (смерти, инфаркта, опухоли и т. д.); <ul style="list-style-type: none"> ● раздражительность; ● пугливость; ● нарушение сна; ● нетерпеливость; ● нарушение концентрации внимания, рассеянность; <ul style="list-style-type: none"> ● быстрая утомляемость, усталость

Схема 3. Формирование личности, зависимой от употребления ПАВ



ческие, астеноипохондрические нарушения. Церебрально-органические расстройства выражаются в повышенной психической истощаемости, снижении умственной продуктивности, ухудшении мнестических процессов, диэнцефальных приступах. На этапе патохарактерологического сдвига наблюдается дальнейшее прогрессирование астенических, дистимико-дисфорических и истероипохондрических расстройств; одновременно отмечаются нарастание вязкости, инертности психических процессов, снижение критики, утрата способности к пониманию тонких нюансов межличностных отношений. На заключительной стадии на первый план выступают отчетливые церебрально-органические нарушения, утрачиваются границы как между отдельными вариантами, так и между отдельными типами патологического развития личности.

Неврозоподобные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы также характеризуются определенной этапностью формирования. Выделяются начальный (по типу реакции) этап, этап структурирования аномального склада личности, затем стойкого патохарактерологического сдвига, общеорганического снижения личности.

В заключение следует отметить, что представленная нами клинико-патогенетическая группировка пограничных нервно-психических расстройств, безусловно, не стала окончательной и универсальной. Однако заложенный в ее основу динамический прин-

цип определил перспективы для дифференцированного подхода к направленному предупреждению и лечению разнообразных пограничных состояний, прежде всего с учетом возрастных сдвигов.

Депрессия — это состояние многогранной клинической картины, включающей психические и соматические симптомы, среди которых основное положение занимает вегетативная дисфункция. Проявления психовегетативного синдрома (ПВС) при депрессии отличаются крайним разнообразием, определяющим качественную и количественную вариабельность составляющих его «вегетативного» и «психического» компонентов. Например, при *соматизированной* депрессии вегетативные симптомы могут перекрывать по степени своей выраженности аффективные и даже скрывать их, а в других случаях — выступать в гармоничном единстве с ними. Таким образом, вегетативная дисфункция может быть одной из «масок» соматизированной депрессии.

В то же время классическая депрессия, охватывающая нарушения настроения, мыслительной и двигательной сфер, сопровождается минимальными вегетативными симптомами. Вегетативные симптомы при тревожном и депрессивном расстройстве могут быть идентичными. Отмечено, что болевые феномены чаще присутствуют среди симптомов вегетативной дисфункции при психовегетативном синдроме, обусловленном депрессией. С другой стороны, психические

симптомы депрессии и тревоги также могут «перекрываться» (табл. 6).

Общим для всех **неврозов позднего возраста** являются тревожность и поиски защиты. Тревожность — тот мотор, который запускает и поддерживает невроз.

Около трети всех самоубийств среди пожилых связывают со злоупотреблением алкоголем. Наиболее важен аспект формирования «наркоманической личности» в позднем возрасте (схема 3).

Систематическое употребление алкоголя повышает вероятность возникновения недержания выделе-

ний и развития деменции у пожилых. У 10% пациентов со старческой деменцией выявляется алкогольное поражение головного мозга. В пожилом возрасте хроническая алкогольная интоксикация ассоциируется со снижением памяти, депрессией, гипотермией, неопрятностью, миопатией, остеопорозом, гипогликемией, гастроинтестинальными расстройствами и материальными проблемами. Хроническая алкогольная интоксикация может вызывать паркинсонизм у пожилых, а алкогольный делирий в пожилом возрасте, как правило, смертелен.

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Шабалин В. Н., академик РАН, профессор,
Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии РАН,
Москва, Российская Федерация**

Один из золотых законов жизни утверждает: «Как хорошо проведенный день приносит счастливый сон, так плодотворно прожитая жизнь дарит духовное здоровье в старости».

Аннотация

Фактор старения представляет собой физиологический генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными возрастными изменениями психики человека. Сложный и противоречивый характер старения человека связан с количественными изменениями и качественной перестройкой его биологических структур. При оценке изменений личности старого человека чаще отмечают негативные признаки, однако необходимо учитывать и положительные изменения в его интеллектуально-психической сфере.

Ключевые слова

Психология старения, личность старого человека, хронический стресс, психологические стереотипы, психопатология, интеллект, творческая старость.

PSYCHOLOGY AND PSYCHOPATHOLOGY OF THE ELDERLY

**Shabalin V. N., Professor,
Research Institute of General Pathology and Pathophysiology,
Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

Ageing is a genetically programmed physiological process which is accompanied by certain age-related changes of the human psyche. The complex and contradictory nature of human aging is associated with quantitative and qualitative changes in the biological structures. In assessing changes in personality of elderly people, there is a tendency to only mention negative features, however, one should also take into account the positive changes in the intellectual-mental sphere.

Key words

Psychology of ageing, personality of the elderly, chronic stress, psychological stereotypes, psychopathology, intelligence, creative old age.

Тенденция к росту численности пожилых и престарелых людей требует глубокого изучения демографических процессов и в первую очередь проблем пожилых людей: особенностей их развития, биологических и социальных возможностей, их потребно-

стей, сохранения активной жизнедеятельности, социальной защиты и помощи, а также коренного изменения социальной политики в отношении этой, наиболее социально незащищенной категории общества.

Период геронтогенеза согласно международной классификации начинается с 65 лет и имеет три градации: пожилой (65–75 лет), старческий (75–90 лет) и долгожители (90 лет и старше). Фактор старения представляет собой физиологический генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными возрастными изменениями в организме. Процесс старения реализуется двумя путями: через соматические изменения организма и через трансформацию психики [1].

Особенности психического развития человека в пожилом возрасте складываются из нескольких тесно связанных факторов, обусловленных изменением биосоциального статуса человека, проявляющихся в механизмах и движущих силах его психического развития, в динамике когнитивных процессов, в изменении структуры личности. Все эти параметры в период старения несут личностные особенности — каждая особь стареет по своей индивидуальной программе. Период позднего онтогенеза является этапом специфического действия общих законов онтогенеза. Сложный и противоречивый характер старения человека как индивида связан с количественными изменениями и качественной перестройкой его биологических структур, направленными на то, чтобы актуализировать потенциальные, резервные возможности, накопленные в организме в период роста, зрелости и формирующиеся в период позднего онтогенеза.

При этом процесс старения в определённой части может быть управляемым, а интеллектуальное участие личности в сохранении индивидуальной организации и регуляции ее дальнейшего развития в период геронтогенеза должно усиливаться. Чтобы жить, а не выживать, людям пожилого возраста необходима глубокая устойчивая психологическая и физическая работа над собой.

При оценке изменений личности старого человека чаще всего отмечаются негативные признаки, которые формируют психологический «портрет» старого человека в красках низкой самооценки, пессимизма, опасения одиночества и беспомощности, раздражительности, отсутствия интереса к новому, эгоцентризма, повышенного внимания к своим болезням [2]. Безусловно, у значительной части пожилых людей в интеллектуальной сфере появляются трудности в приобретении новых знаний, в приспособлении к непредвиденным обстоятельствам, а в эмоциональной сфере — усиление аффективных реакций. Однако большинство людей пожилого и старческого возраста умеют управлять эмоциональной сферой: подавлять свои отрицательные эмоции, обладающие огромной разрушительной силой, и настраивать свою психику на положительные эмоции, сохраняющие здоровье, формирующие психологическую базу активного долголетия. Большинство людей пожилого и старческого возраста используют структуру своего жизненного опыта для сохранения имеющихся знаний и приобретения новых, могут в значительной степени развивать некоторые свои способности и даже проявлять новые.

Особое влияние на психику человека оказывает страх смерти. Философы, от Платона и Аристотеля

до наших дней, религиозные деятели и представители естественных наук стремились и стремятся в своих суждениях преодолеть трагизм смерти. Эпикур утверждал: «Смерть для человека реально не существует, он с нею не встречается: пока он есть — смерти нет, когда же она есть — его нет». При анализе своего предстоящего ухода из жизни, обзревая свою жизнь, пожилой человек может испытывать удовлетворение или разочарование. Если он осознаёт свою жизнь, как целостность, как единство замыслов и реальности, он уравновешен, спокойно смотрит в будущее, а смерть воспринимает как естественный конец жизни. Если же человек приходит к печальным выводам, что жизнь прожита зря и состояла из разочарований и ошибок, то страх смерти становится для него давящим хроническим стрессом.

На психику пожилого человека мощное воздействие оказывает социальная среда. К основным причинам, влияющим на состояние психического здоровья пожилого человека относятся такие как: распространённость в обществе отрицательных тенденций в отношении старшего поколения; негативное отношение медицинских и социальных работников к оказанию достаточно полной помощи больным старших возрастных групп; противоправные действия чиновничьей среды; межпоколенческие разногласия и конфликты; отказ семьи от попечительства над пожилыми родственниками и др. При этом, старея, человек попадает под действие тех сложившихся в общественном мнении психологических стереотипов восприятия пожилых людей, с позиций которых он сам в молодости относился к старости. Если сравнительно молодой человек говорит о ком-то «старый хрыч», то этим он формирует будущее отношение к самому себе, когда он вдруг обнаруживает, что сам стал этим «старым хрычом». То есть, в молодости человек, по существу, закладывает негативную самооценку и неуважительное отношение, к самому себе на предстоящий период старости.

Личность в старости совмещает в себе сложную композицию прошлого и настоящего. При этом многочисленные исследования показали, что процесс развития человека принципиально безграничен, так как развитие представляет собой основной способ существования личности. Интеллектуальные способности в пожилом возрасте не только ослабевают, но и совершенствуются. Ослабление интеллекта с возрастом проявляется в некотором замедлении восприятия, уменьшении объективности мышления и коности суждений. Однако, при обследовании памяти у лиц в возрасте 70–90 лет отмечено снижение механического запоминания, в то время как логическая память сохраняется, образная память ослабевает больше, чем смысловая [3, 4]. У пожилого человека снижаются когнитивные способности, но креативные сохраняются, подтверждением тому — величайшие произведения искусств и результаты научных исследований людей пожилого и преклонного возраста.

Парадокс человеческой жизни заключается в том, что у многих людей «психологическое умирание» происходит гораздо раньше, чем физическое одряхление.

Это люди, которые по собственной воле начинают изолироваться от общества, встают на путь сужения объема личностных свойств, на путь деформации структуры личности. С этого момента для них начинается драматический период умирания личности [5]. В то же время активная творческая старость, когда ветераны, уходя на заслуженный отдых, продолжают участвовать в общественной жизни, в воспитании молодежи, в волонтерских движениях, находят своё творческое поле деятельности — всё это позволяет им жить полнокровной жизнью, не испытывая какой-либо ущербности. Две тысячи лет назад Марк Туллий Цицерон назвал интересы ума и достоинства характером лучшим оружием против старости.

Однако жизнь показывает и примеры иного рода. Несмотря на приобретённую мудрость и далеко не утраченный жизненный потенциал многие пожилые люди замыкаются в рамках примитивной обыденности. Трудно определить общую причину потери пожилым человеком интереса к жизни, но, безусловно, самое страшное, что может быть для человека — это заживо умереть.

Психическое старение многообразно, диапазон его проявлений весьма широк. Есть и агрессивные, старые ворчуньи, недовольные состоянием окружающего мира, критикующие все, всех поучающие и терроризирующие бесконечными претензиями. Есть и разочарованные в себе, в собственной жизни, одинокие и грустные неудачники, постоянно обвиняющие себя за действительные и мнимые упущенные возможности, делая тем самым себя глубоко несчастными. Другие люди, а их большинство, формируют оптимистическое отношение к окружающим реалиям, что делает их внутренне уравновешенными, эмоционально устойчивыми. Эти люди в меру критичны по отношению к себе и терпимо относятся к недостаткам других. Они не драматизируют окончание профессиональной деятельности и реалистически относятся к жизненным изменениям, а возможность смерти трактуют как естественное событие, которое не вызывает у них сильного страха. Они не проявляют ни агрессии, ни подавленности, имеют живой интерес к будущему. Самооценка этой группы пожилых и старых людей адекватная и довольно высокая.

Пожилему человеку важно как можно дольше обходиться собственными силами во всех сферах жизни. Не пугаться напора нового, стараться понять его, постоянно стремиться в сферы интеллектуальной деятельности. Это не только укрепляет головной мозг, но и сохраняет физическое здоровье, формирует уверенность в себе.

Безделье разрушает личность, атрофирует тело, дух, интеллект. Золотой закон жизни предупреждает:

«Леность — самый быстрый способ ухода из жизни». Нужно помнить, что развитие личности никогда не прекращается. Процесс старения вовсе не означает деградацию личности, это процесс её преобразования и часто не в худшую сторону. Старость также как и предыдущие периоды жизни раскрывает новые перспективы. Важно, чтобы новый этап жизни обеспечивал необходимую и достаточную нагрузку и телу, и душе, и интеллекту. Для человека, которому перевалило за шестьдесят, есть лишь один рецепт на долготу: работать, работать и работать. Жизненный опыт позволяет ему глубже познать и понять самого себя, взглянуть на происходящее с точки зрения истории своей жизни, осознанно понимать свое место в обществе.

Основными стрессорами людей пожилого и старческого возраста, значительно ускоряющими процессы старения, можно считать: отсутствие четкого жизненного ритма, сужение сферы общения, уход от активной трудовой деятельности, смещение психики человека во внутреннее замкнутое пространство. Но наиболее сильным стрессом является одиночество в старости, ничто так не разрушает человека, как осознание того, что он выключен из жизни. При этом противоречие чувства одиночества состоит в том, что старый человек, с одной стороны, боится одинокого образа жизни, а с другой — сам стремится отгородиться от социальной среды, защитить свой внутренний мир от вторжения посторонних воздействий.

Особого внимания требует проблема психопатологии пожилых людей. Прогноз ВОЗ свидетельствует, что психические заболевания будут занимать всё более значимое место среди ведущих причин инвалидизации [6]. Анализ проблемы психического здоровья пожилых свидетельствует о значительном возрастании психической патологии среди населения позднего возраста. Характер психических расстройств в старости может быть разнообразен. Для значительного числа пожилых людей характерны дезадаптация, депрессии, непсихотические (пограничные) состояния, связанные с соматическими заболеваниями, с воздействием внешних психотравмирующих факторов, число которых в последнее время значительно возросло в связи с полярными изменениями во всех сферах государственной и общественной жизни.

Таким образом, охрана психического здоровья пожилого человека является одной из важнейших государственных задач, для решения которой требуется создание логически выстроенной государственной системы геронтопсихологической помощи населению, основанной на инновационных методах профилактики, что является главным фактором защиты человека от преждевременных возрастных психических отклонений.

Библиографический список

1. Психология старости и старения. Хрестоматия. Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидере. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 416 с.
2. Козырьков В. П. Пожилый человек как социокультурный тип // Психология старости и старения. Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. М.: Академия, 2003. 275 с.
3. Психиатрия позднего возраста / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгеймер / Пер. с англ. Т. 1, Киев: Сфера, 2001. 390 с.

4. Руководство по геронтологии / Под ред. В. Н. Шабалина. М. «Цитадель-трейд», 2005, 798 с.
5. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977, 216 с.
6. Концевой В. А. Функциональные психозы позднего возраста.- Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. Т. 1 М.: Медицина, 1999, с. 667–685.
7. Букатина Е.Е., Григорьева И.В., Маркман И.Н. Оценка депрессивных состояний у дементных больных позднего возраста // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10. № 1. С. 23–27.
8. Полищук Ю.И. и др. Феномен одиночества и связанные с ним расстройства депрессивного спектра у лиц позднего возраста // Социальная и клиническая психиатрия, 2000. Т. 10. № 1. С. 28–32.

MENTAL HEALTH AND WELLBEING OF ELDERLY PEOPLE

**Shankar G., Dr., Professor and Head of Department of Human Consciousness
and Yogic Science,
Dr. Harisingh Gour Central University,
Sagar-470003 M. P. India**

Mental health of elderly people: a public health issue. The World Health Organization’s definition of health is “a state of complete- physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. This means that mental health is essential to overall health and wellbeing, and should be recognized in all old persons with the similar importance as physical health. By 2050, the world population over the age of 60 is estimated to be 2 billion. A rapid growth of old persons will occur in low- and middle-income countries (LMICs) with consequences unfavorable to their vulnerable economies. Many people live a long and happy life without any mental health problem, and despite the all-too-prevalent image of elderly people being sad, slow, and forgetful. Mental disorders are not an inevitable consequence of ageing. Nevertheless, one of the possible negative consequences of the rapid ageing of the global population is the increase in the number of people with mental disorders which will soon overwhelm the mental health system in many countries. More than 20% of people above the age of 55 years or older may have some type of mental health problems. Biological changes may interfere with the brain’s functioning. Social changes can lead to isolation or feelings of worthlessness. Somatic diseases are often important contributory factors too. Mental disorders may exacerbate the symptoms and functional disabilities associated with medical illnesses and increase the use of healthcare resources, length of hospital stay and overall cost of care. Mental health problems can have a high impact on an older person’s ability to carry out the basic activities of daily living, reducing their independence, autonomy, and quality of life. The first step to reduce these negative consequences is simply making a diagnosis. Unfortunately, too often mental health problems are undiagnosed and untreated and many older people struggle on without the proper help—or any help at all. Today’s older adult population is unlikely to acknowledge mental illness or access mental health services. Many stigmas exist regarding the meaning of mental illness. Some older people view mental illness as a sign of weakness and are unlikely to

admit to problems, especially when they fear loss of independence. Too many persons consider that symptoms of dementia and depression are a normal part of ageing. Many elders lack availability of services or access to them.

Mental health and wellbeing in elderly persons. Ageing well in physical and mental health is a right of all persons. Such rights extend to enjoying active and satisfying social lives, participation, having equitable access to good quality health care and social systems, and providing adequate support to caregivers. The ageing shift will have profound consequences for the workforce, healthcare systems, informal and formal caregiver capacity, and society. It will require more and better strategies to ensure good mental health and wellbeing in the growing older population. The negative stereotypes and negative attitudes against ageing and older people must be stopped. The balance between vulnerability and resilience is central in mental health promotion, and certain groups with specific burdens face a higher risk of poorer mental health. Older women often face specific risks which increase their vulnerability both as sufferers of mental health problems and caregivers. Policies to support them and interventions to prevent mental health problems and isolation in older women must be strengthened. Interventions to prevent social isolation and loneliness are effective measures. An increase in social inclusion and participation of older people must be a very high priority in order to promote active ageing and quality of life in a holistic way by addressing:

- Life-long learning, training, and education of older people.
- Psychological and behavioural determinants of health.
- Socio-economic determinants of health.
- Taking cultural and spiritual needs into account.

Promotion of mental health research related to older people should be strengthened in order to improve scientific evidence and should concentrate on issues where the evidence base is weakest. The promotion of an ap-

propriate use of medication is crucial for optimal mental health and functioning among older people.

Healthy ageing: keeping mentally fit. Today, thoughts of ageing gracefully have been replaced by efforts to age successfully. As we age and look forward to longer life expectancies than past generations, we strive to age with good health. How do we do this? By eating nutritiously. Limiting alcohol. Keeping physically active. Staying connected with our friends and family. Seeking medical treatment when necessary. These are the right steps toward healthy ageing. And with good health, we can enjoy life and pursue new dreams and endeavors as we age. Good health includes both physical and mental wellbeing. And the two go hand in hand. A healthy mind contributes to a healthy body. The mind, like the body, benefits from low blood pressure, low cholesterol, nourishing food, a healthy weight, and physical activity. There are many healthy lifestyle choices we can make to keep our bodies healthy and avoid illness and disability. There are additional steps we can take to help preserve healthy minds.

What changes in mental abilities can we expect as we age? What's normal? As we age, we can expect certain changes in our bodies and minds. We may not see and hear as well as we did in our 20s. We may not be able to remember recent events or details as well or as quickly as we did in our 30s. Beginning in our 30s, the brain's weight, the network of nerves, and its blood flow begin to decrease. Our brains adapt, however, and grow new patterns of nerve endings. While certain changes in our mental abilities are inevitable as we age, much remains the same. We retain our intellect. Our ability to change and be flexible remains. Old dogs can learn new tricks. We just might need a little more time. We keep our ability to grow intellectually and emotionally.

What can I do to keep my mind healthy? For the last several years, new research has emerged that shows there are many things we can do to keep our minds healthy. Many of the same things we do to keep our bodies healthy contribute to healthy minds. Physical activity and a diet that helps lower cholesterol levels and blood pressure also help to keep our minds healthy by allowing our bodies to deliver oxygen-rich blood to our brains. In addition, activities that stimulate our minds, like crossword puzzles, reading, writing, and learning new things, help to keep our brains healthy. Staying engaged with the people around us and our communities plays an equally big part in staying mentally fit. Following are some specific recommendations to keep a healthy mind and ward off mental health problems.

Be physically active. The benefits are numerous. Being physically active helps prevent bone density loss, maintain balance, and ward off illnesses (like heart disease, stroke, and some cancers). For some, illness and disability can bring on or contribute to mental illness. For example, those who live with diabetes, cancer, and heart disease can also suffer from depression. Regular physical activity helps to:

- Maintain and improve memory.
- Maintain and improve mental ability.

- Prevent dementia (impaired intellectual functioning) including Alzheimer's disease.
- Make us happy and prevent and alleviate depression.
- Improve energy levels.

How does exercise do all that? Physical activity—whether it's walking, running, swimming, dancing (we have a lot of choices)—helps to:

- Decrease heart rate.
- Decrease blood pressure.
- Decrease blood cholesterol.
- Strengthen the heart and increase the flow of oxygen to the brain.
- Improve reaction time.
- Improve mobility.

If you are thinking about starting an exercise programme, talk first with your doctor. Start slowly, take proper precautions (for example, walk in welllit areas in sturdy shoes), and have fun. Remember, you don't have to be athletic to benefit from regular physical activity.

Keep blood pressure down. Blood pressure below 120/80 mmHg is considered healthy and helps reduce the risk of stroke, which is tied to dementia including Alzheimer's disease. High blood pressure damages blood vessels, which increases one's risk of stroke, kidney failure, heart disease, and heart attack. Nearly two-thirds of adults over age 65 have high blood pressure, 140/90 mm Hg or higher. Those with blood pressure between 120/80 mm Hg and 139/89 mm Hg are considered to have prehypertension, which means that while the blood pressure is not too high, they are likely to develop it in the future. To reduce or keep blood pressure at a healthy level, keep your weight down, don't smoke, exercise regularly, eat a healthy diet, and limit salt, alcohol and caffeine.

Keep your cholesterol levels low. High blood cholesterol is a risk factor for heart disease as well as dementia. The higher your blood cholesterol level, the greater your chance of disease and illness. An excess of cholesterol (a fat-like substance) in your blood can build up on the walls of your arteries. This causes them to harden and narrow, which slows down and can block blood flow. A blood cholesterol level of less than 200 mg/dL is considered healthy, 200–239 mg/dL is borderline high, and 240 mg/dL and above is high. Heredity, age, and gender can affect cholesterol levels. Cholesterol rises with age and women's levels tend to rise beginning after menopause. Healthy changes to diet, weight, and physical activity can help improve blood cholesterol levels.

Eat your vegetables and more. We've heard it all our lives, the good advice to eat our vegetables. The same diet that can help us stay strong and healthy provides the nutrition necessary for a healthy brain. It starts with a diet rich in fruits and vegetables, whole grains, and nonfat dairy products. Experiment and find out how you best like to eat the good things that your entire body needs. There's an endless variety to suit every taste.

Some specific dietary recommendations for a healthy brain. Folate is a B vitamin found in foods such

as spinach and asparagus. Folic acid is the synthetic form used in supplements and fortified foods. Folate is necessary for the health of our cells, and helps to prevent anemia and changes to DNA (the building blocks of cells) that could lead to cancer. Folate is also necessary to maintain normal levels of homocysteine, an amino acid in the blood. Good sources of folate and folic acid include fortified breakfast cereals, darkgreen leafy vegetables, asparagus, strawberries, beans, and beef liver.

The vitamins E and C are important antioxidants found in foods that help guard against cell damage and may reduce the risk of cancer and heart disease. While there's no conclusive evidence, vitamins E and C may help boost mental ability and prevent dementia. For adults, the recommended dietary allowance (RDA) of vitamin E is 15 milligrams per day from foods. Foods naturally rich in vitamin E include nuts, such as almonds, vegetable oils, seeds, wheat germ, spinach, and other dark-green leafy vegetables. The RDA of vitamin C for adults is 75 milligrams per day for women and 90 milligrams per day for men. Vitamin C is found in oranges, grapefruits, asparagus, Brussels sprouts, broccoli, bell peppers, collard greens, cabbage, cauliflower, kale, potatoes, spinach, and turnip greens.

Monitor your medication use. Be sure to read labels and carefully follow your physician's instructions. Some medications come with certain precautions such as avoiding alcohol or not combining with other medications, even over-the-counter drugs and herbal remedies. Some memory loss, some forms of dementia, and other problems of the brain can be traced back to harmful drug combinations or inappropriate drug use.

Drink moderately. If you don't drink, don't start. If you do drink, limit yourself to no more than one drink a day if you are over the age of 65 and do not have a drinking problem. One drink is 12 ounces of beer, 1.5 ounces of distilled spirits, or 5 ounces of wine.

Give up smoking. If you are a smoker, don't wait until you are debilitated by a serious disease before considering quitting. Smoking significantly increases one's chance of having a stroke and developing lung and other cancers, emphysema, chronic bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), heart attacks, and peripheral vascular disease. According to the American Lung Association, when an older person quits smoking, circulation improves immediately and lungs begin to heal. After one year, the additional risk of heart disease caused by smoking is cut almost in half, and the risk of stroke, lung disease, and cancer decreases.

Maintain a healthy weight. People who are obese or overweight are at increased risk for heart disease, high blood pressure, diabetes, arthritis-related disabilities, and some cancers. The health risks of being overweight include high blood pressure, high cholesterol, heart disease, and stroke. Being underweight also carries risks including poor memory and decreased immunity. Ask your health care provider how much you should weigh and for suggestions on reaching that weight. Whatever your weight, a healthy diet and regular exercise will only improve your overall health.

Take care of your teeth by brushing and flossing and seeing your dentist regularly. Recent studies have linked chronic inflammation caused by gum disease to a number of health problems, including Alzheimer's disease and heart disease. So, take care of your teeth not only to maintain a dazzling smile and the ability to chew your favorite foods but also to ward off disease.

Keep mentally fit. Just as we exercise our bodies to keep them in working order, so must we exercise our brains to stay mentally agile and adept. It's the use-it-or-lose-it theory. By engaging in mentally stimulating activities, we can maintain our brain functions as we age. We can continue to grow new connections among the billions of brain cells we possess by learning new things. This activity may help to ward off dementia like Alzheimer's disease. So, work out your brain daily. Stimulate new areas of your brain and grow more connections among brain cells by intellectually challenging yourself. Solve a puzzle, learn a new musical instrument, read a challenging book, play a board or card game, attend a lecture or play, or write a short story.

Reduce stress. Just as stress can wear our bodies down and increase blood pressure and the risk of heart disease, it can also affect the way we think, our moods, and ability to remember. In fact, the hormones our bodies release when we are under stress may shrink the brain, affecting memory and learning. Stress can also cause or contribute to depression and anxiety.

- To deal with stress, first identify its causes and determine what changes you can make to avoid it. For example, if rush-hour traffic is causing you stress, time your driving or change your route to avoid heavy traffic. If party planning and gift buying during the holidays overwhelm you, simplify and concentrate on those aspects you really look forward to, like getting together with friends and family.
- Talk it out. Sometimes talking through your stress with a friend or therapist, or even writing in a journal, helps to put things in perspective.
- Relax. Whether it's by taking walks, playing golf, hitting a tennis ball, or meditating, find ways to release your stress and take a break.
- Get moving. Physical activity on most days of the week helps our bodies keep mental stress in check.
- Give yourself a break. If you must live with a stressful situation, take mini-vacations. Whether it's 20 minutes or several days, take time to relax and enjoy the things and people you find pleasurable.

Protect your brain.

- A history of head injury or loss of consciousness can affect the health of your brain. Falls are the leading
- cause of brain injury in the elderly, according to the Brain Injury Association of America. Take steps to protect your head and the precious matter inside. To avoid falls, exercise regularly to improve your balance.

- Clear your home of hazards like clutter on the floor. Make sure you have proper lighting.
- In the car, wear your seatbelt. Ask someone else to drive in situations where you are not as comfortable as you once were, such as nighttime driving or driving in bad weather.
- On your bike, wear a helmet.
- When walking or running, wear proper shoes with good support and stay in well-lit areas.
- If your balance seems a bit unsteady, talk to your doctor about any medications you may be taking.

Stay socially connected. The support we receive from our friends, family, and colleagues helps maintain our mental health. Studies have shown that those who are engaged with family and community groups take longer to show the symptoms of Alzheimer's disease than those who are socially isolated. So stay or become connected. Join a book club or a volunteer group and interact with the world around you. Look on the bright side. A positive outlook and emotions contribute to a healthy mind and body. Focus on the good in the world and the activities and people that make you happy. Stay connected spiritually. If nurturing your spiritual side has had meaning for you, keep up that aspect of your life. Those with a strong faith often find support and comfort from their beliefs and their community. So whatever your religious or spiritual beliefs, stay connected. This connection can help prevent and relieve depression and may guard against dementia.

Psychotherapy of the elderly. For many years it was believed that psychotherapy could not work for the elderly because they are set in their ways and find therapy stigmatizing because that was the attitude towards psychology when they were young. However, attitudes towards mental illness have changed throughout society and that includes older persons. Today, many older people are more than willing to enter psychotherapy. They are seeking psychological help late in life. They want help coping with age and their relationships with family and of still unresolved issues from the past.

Generally speaking, the elderly want therapy to help them deal with the present and with behavior. In other words, what works for them is cognitive behavioral therapy because they have no wish to delve into their childhoods or to have sessions that are unstructured and open ended. Instead, they want concrete goals and objectives to work towards and with a sense that, once achieved, therapy will end. Rather than meeting every week, many of them see their therapist once or twice a month for 45 minute sessions. The sessions must include new behaviors or strategies to follow in thinking about and coping with family and other present problems.

Yoga and aging. Yogic practices aim at maintaining and improving the various motor skills and preserve physical, mental and social well being. Asanas, the stretching exercises in yoga are non-strenuous, non-fatiguing and can be performed comfortably during old age. The shortened muscles are stretched gradually and pain in joints is reduced which is a general complaint

of old age. By *suptavajrasana* quadriceps muscles are stretched and optimum length of the muscles is maintained, thus reducing the pain in the knees.

Asanas build up proper tone in the muscles and the vital organs function well as a result of improved tone, hence preventing prolapsed of various organs. The prolapsed of the vertebral discs can be controlled by relaxation of the back muscles. At least four asanas should be practiced that give four movements of the spine, namely, forward bending, backward bending, sideways bending and lateral twist.

Controlled breathing in *Pranayama* helps in adjusting the circulatory-respiratory complex of the body to activity. Purificatory processes of yoga called *Kriyas* are helpful in removing the imbalance in the various secretions of the body by controlling various reflexes. Prone-ness to disease like cold etc. could be systematically tackled through *Kriyas* like *Neti*. The practice of meditation in any form reduces the feeling of loneliness and gives peace of mind. Emotional upheavals are reduced to a minimum. Directing attention to the different parts of the body during meditation helps to increase the blood flow and send energy to those parts. As the traditional texts emphasize, daily practice of yogic exercises brings beneficial results even to old people.

Precautions in old age:

- The diet, sleep, rest and recreation should be regulated.
- Movement of joints is necessary for not allowing them to store calcium.
- Avoid sleeping during day time and do not take sleeping pills at night.
- Emphasize on proper relaxation and practice of controlled respiration.
- Pay special attention to the bowel movements. Include leafy vegetables, raw vegetables and fruits to provide roughage in diet.
- Pay more attention to spiritual activities and keep yourself busy in some favorite activity.

Thus old age can be made only only bearable but pleasurable. After all old is not a matter of years but a condition of mind and Yoga brings a healthy state of mind.

Conclusion. In conclusion, the promotion of healthy ageing in all its aspects is an important role for all societies. Early recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders that are common in old age are important to prevent avoidable suffering and disabilities. Care for older adults with mental illness requires sensitivity and observational and relational skills in order to help the older person achieve and maintain the highest possible level of function and wellbeing. Those who care for older persons should always be protected and supported in their tasks everywhere. All these actions together can certainly contribute to better mental health in old age.

Bibliography

1. American Association for Geriatric Psychiatry. Geriatrics and mental health—the facts.—
http://www.aagponline.org/prof/facts_mh.asp
2. *Buka S.L.* Psychiatric epidemiology: reducing the global burden of mental health. *Am J Epidemiol.* 2008. 168: 977–79.
3. *Djernes J.K.* Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2006. 113: 372–87.
4. Geriatric Mental Health Foundation. Overcoming Worry and Fear.—<http://www.gmhfonline.org/gmhf/consumer/factsheets/anxietyoldradult.html>
5. *Doyle Y., McKee M., Rechel B., Grundy E.* Meeting the challenge of population ageing. *BMJ.* 2009. 339: b3926.
6. Geriatric Mental Health Foundation. Depression in late life: not a natural part of ageing.—
http://www.gmhfonline.org/gmhf/consumer/factsheets/depression_latelife.html
7. *Kung H.C., Hoyert D.L., Xu J., Murphy S.L.* Deaths: Final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep.* 2008. 56: 1–120.
8. *Portnoi V.A.* Postretirement depression: Myth or reality. *Compr Ther.* 1983. 9: 31–7.
9. United Nations (2009). *World Population Ageing 2009.* UN, New York, NY.
10. World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization. No. 2. P. 100) and entered into force on 7 April 1948.—
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ПРЕДПОСЫЛКИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ LEGAL BASIS FOR MENTAL HEALTH

ПРОБЛЕМЫ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НАРУШЕНИЯ НОРМ ДОГОВОРНОГО И ДЕЛИКТНОГО ПРАВА, СОВЕРШЕННЫЕ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ

Губаева А. К., к. ю. н.,
доцент кафедры гражданского права Федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего профессионального образования
«Санкт-Петербургский государственный университет»,
Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматриваются проблемы гражданско-правовой ответственности за нарушения норм договорного и деликтного права, совершенные недееспособными гражданами. Анализируется судебная практика.

Ключевые слова

Гражданское право, ответственность, договор, деликт, недееспособные граждане.

THE ISSUES OF CIVIL-LAW LIABILITY FOR BREACH OF CONTRACTUAL NORMS AND A LAW OF TORTS NORMS COMMITTED BY INCAPACITATED CITIZENS

Gubaeva A. K., PhD (Law),
Assistant Professor at Civil Law Department, Federal State Budgetary Educational
Institution of Higher Professional Education "Saint Petersburg State University",
Saint Peterburg, Russian Federation

Abstract

This paper investigates the issues of civil-law liability for breach of contractual and a law of torts norms committed by incapacitated citizens. The judicial practice is analysed.

Key words

Civil law, liability, contract, tort, incapacitated citizens.

Изменения в правовом регулировании статуса граждан с психическими расстройствами, подпадающих под категорию лиц, которые могут быть признаны недееспособными¹, находят особое отражение в судебной практике по спорам о возмещении причиненного вреда.

Проблемы указанной судебной практики связаны с поиском научных критериев определения категории недееспособности на основе достижений медицины, психологии и современных представлений о правах личности с контексте публичного и частного права. Эффективность юрисдикционной защиты прав лиц с

¹См.: ФЗ РФ от 30 декабря 2012 г. № 302-ФЗ «О внесении изменений в главы 1, 2, 3 и 4 части первой Гражданского Кодекса Российской Федерации» // СЗ РФ. 2012. № 53 (ч. 1). Ст. 7627. Новеллы ГК, касающиеся правового положения лиц, страдающих психическими расстройствами, обусловлены требованиями, изложенными в Постановлении Конституционного Суда РФ от 27 июня 2012 г. № 15-П «По делу о проверке конституционности пунктов 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданки И. Б. Деловой» // СЗ РФ. 2012. № 29. Ст. 4167.

психическими нарушениями может быть достигнута только обеспечением баланса частноправовых и публично-правовых интересов при применении норм, регулирующих статус недееспособных, с одной стороны, и норм о деликтной ответственности, с другой. Изменения, внесенные в ст. 29, 30 ГК РФ, позволят, во-первых, «соблюсти конституционное положение о равенстве прав всех граждан, во-вторых, не превратить идею правовой защиты недееспособных в декларацию, в-третьих, предотвратить неправомерные случаи злоупотребления интересами психических больных, слабоумных граждан»²

В деликтном праве продолжает привлекать внимание судебная практика определения лица, ответственного за причинение вреда (ст. 1076 ГК РФ). Кредитором в деликтном обязательства могут быть любые участники гражданских правоотношений. Применительно к кредиторам-гражданам — это любое лицо независимо от его возраста и дееспособности. Однако в качестве должника может выступать только деликтоспособное лицо, т. е. лицо, способное отвечать за свои действия (поступки) Должником признается лицо, ответственное за причиненный вред (обязанное возместить его). Как правило, им является непосредственный причинитель вреда. Реже — лицо, которое отвечает за его действия³. Так, вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, возмещается его опекуном или организацией, обязанной осуществлять за ним надзор, если они не докажут, что вред возник не по их вине (ст. 1076 ГК РФ).

Действующее деликтное законодательство предусматривает исключения из правила о возложении ответственности (обязанности возместить вред) лишь на дееспособное лицо. Прежде всего, при наличии законных оснований компенсационная обязанность может быть возложена, как исключение, и на лицо, признанное недееспособным (п. 3, ст. 1076 ГК РФ). Такими законными основаниями являются следующие — причинение вреда жизни или здоровью потерпевшего, объективная невозможность получения возмещения из средств опекуна (он умер или не имеет достаточных средств) и возможность получения возмещения за счет недееспособного лица — причинителя вреда. Перечисленные обстоятельства имеют объективный характер, при их установлении решение о возмещении вреда полностью или частично за счет недееспособного лица может быть принято судом с учетом имущественного положения потерпевшего и причинителя вреда, а также других обстоятельств. В этом исключении из общего правила об ответственности только дееспособных лиц за причиненный вред проявляется необходимость определения баланса частных (защита

прав граждан, потерпевших личный вред) и публичных интересов (в том числе, защита имущественных прав недееспособных лиц).

Новелла, предусмотренная п. 2, ст. 30 ГК РФ, допускающая ограничение судом дееспособности гражданина, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, в вопросе привлечения ограничено дееспособного лица к ответственности за причиненный вред, отсылает к правилам Гражданского кодекса РФ. Поскольку гражданин, дееспособность которого ограничена вследствие психического расстройства, может понимать значение своих действий или руководить ими, хотя и нуждается в помощи других лиц, он должен признаваться деликтоспособным⁴.

Одной из первых необходимость дифференциации правовых последствий причиненного вреда в зависимости от статуса психически больного в деликтах (причинитель вреда или потерпевший), а также от особенностей течения и глубины психических расстройств, исследовала Т. В. Шепель⁵. Эта позиция получила развитие в юридической литературе в контексте недавних изменений Гражданского Кодекса РФ.

Как отметил Е. В. Богданов, вопрос об ответственности лица осуществляющего надзор за ограничено дееспособным (попечителем) «должен быть разрешен по аналогии со ст. 1074 ГК РФ (субсидиарная ответственность) с возложением на попечителя бремени доказывания того, что вред возник не по его вине»⁶.

Следует согласиться насчет необходимости специального правового регулирования ответственности лица, признанного ограничено дееспособным, вследствие психического расстройства, и попечителей за ненадлежащее осуществление надзора. Привлечение попечителей к субсидиарной ответственности возможно лишь в случае, если это будет предусмотрено законом. При этом важно, что попечители как лица, ответственные за вред, должны иметь возможность доказать отсутствие своей вины.

Подобный подход, к примеру, воплощен в статье 32 Деликтного закона КНР, по которой, если вред причинен недееспособным или ограничено дееспособным лицом, ответственность возлагается на опекуна. В случае, если последний выполнил обязанности опекуна, его ответственность может быть уменьшена.

При наличии имущества у самого недееспособного или ограничено дееспособного лица, причинившего вред, возмещение осуществляется за счет этого лица, а в недостающей части — возмещение предоставляется опекуном⁷.

²Нечаева А. М. Дееспособность физических лиц // Законы России: опыт, анализ, практика, 2015, № 5 (СПС КонсультантПлюс).

³Смирнов В. Т., Собчак А. А. Общее учение о деликтных обязательствах в советском гражданском праве. Л. Изд. ЛГУ. 1982. С. 14.

⁴Щерстобитов А. Е. О дееспособности лиц, страдающих психическими расстройствами, в связи с модернизацией правил о правовом положении граждан в ГК РФ // Гражданское право. 2015. № 2 (СПС КонсультантПлюс).

⁵Шепель Т. В. Деликт и психическое расстройство: Цивилистический аспект: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора юридических наук.: Томск, 2006. С. 10.

⁶Богданов Е. В. Правовое положение граждан, ограниченных в дееспособности вследствие психического расстройства // Адвокат. 2013. № 6 // СПС КонсультантПлюс.

⁷Tort Law of the People's Republic of China. Order of the President of the People's Republic of China No. 21 December 26, 2009. — <http://www.lexisnexis.ru>

Достижением китайского права, достойным особого внимания российского законодателя, должно стать регулирование ответственности образовательных учреждений за физический вред, причиненный недееспособным лицам во время обучения и проживания в данных учреждениях. При этом для освобождения от ответственности указанные учреждения могут доказать надлежащее исполнение своих обязанностей в сфере образования и управления (Ст. 33 Деликтного закона КНР). В России проблема защиты телесной неприкосновенности лиц, признанных недееспособными (как, впрочем, и других лиц, страдающих психическими заболеваниями) в рамках гражданского законодательства (в компенсационном контексте, главным образом, деликтного) не менее актуальна.

Регулирование ответственности надзирающих органов и опекунов за «дефектный надзор» за лицами, признанными недееспособными в России осуществляется на принципиальном уровне стран континентальной правовой семьи. Показательны в этом смысле общие условия ответственности за вред, причиненный недееспособными лицами, сформулированные в Модельных правилах европейского частного права (DCFR). В ст. VI.-3:104 конкретизируются условия указанной ответственности надзирающих лиц за юридически значимый вред, причиненный третьему лицу подопечным:

(а) вред причинен личности потерпевшего согласно статье VI.-2:202 (Вред, понесенный третьими лицами вследствие повреждения здоровья или смерти другого лица) или имуществу;

(b) лицо, в отношении которого учреждение или иная организация обязаны осуществлять надзор, причинило этот вред умышленно или неосторожно; и

(c) лицо, в отношении которого учреждение или иная организация обязаны осуществлять надзор, является лицом, склонным к причинению вреда данного вида.

Однако ответственность, предусмотренная данной статьей, не наступит, если лицо, осуществлявшее надзор, докажет отсутствие упущений в надзоре над причинителем вреда⁸.

Приведенные условия содержат и отличительные особенности, которые связаны с готовностью европейского акта мягкого права допустить судебное исследование вины (умысла или неосторожности) недееспособного лица, причинившего вред. Российский правопорядок абсолютно исключает подобный подход.

Другая особенность, в принципе приемлемая для российского правопорядка, состоит в учете склонностей, предыдущего опасного и потенциально вредоносного поведения подопечного, страдающего, к примеру, психическим расстройством. Этот фактор имеет

значение для определения достаточности мер предосторожности, принятых надзирающими органами и опекунами, необходимых для предотвращения причинения вреда подопечным. Данный фактор имеет двойственное значение, поскольку влияет на установление объективных признаков деликта, состоящего в «дефектном надзоре», и вины лиц, осуществляющих надзор (точнее, от противного, влияет на доказательство отсутствия вины в условиях презумпции виновности). Заметим, что сформулированные как условие освобождения от ответственности презумпции противоправности и виновности (вина в концепции объективированного содержания)⁹ применительно к поведению надзирающих лиц здесь почти неразличимы.

Особенность регулирования рассматриваемой ответственности за «дефектный надзор» присуща и англо-американской компенсационной системе. По общему правилу, в Англии, не признается обязанность по предупреждению вреда, который может быть причинен третьему лицу другим лицом. Однако в порядке исключения ответственность за «дефектный надзор» зависит от способности в конкретных обстоятельствах надзирающего органа контролировать подопечного и предвидеть возможность причинения им вреда потерпевшему в случае неосуществления необходимого надзора. Например, в деле *Palmer v. Tees Health Authority* суд не признал обязанность органа опеки предпринять меры предосторожности в отношении лица, погибшего от нападения психически больного пациента. Пациент был освобожден из-под надзора медучреждения по неосторожности, однако учреждение не понесло ответственности за смерть третьего лица, поскольку потенциальная жертва нападения не могла быть установлена заранее, и в отношении нее не могли быть предприняты меры по предупреждению причинения вреда¹⁰.

В судебной практике России не менее актуальна проблема установления лица, ответственного за вред, причиненный недееспособным. Так, в Определении Ленинградского областного суда от 12 марта 2015 г. по апелляционной жалобе администрации МО Лодейнопольского района Ленинградской области было указано, что в соответствии с ФЗ РФ «Об опеке и попечительстве» орган опеки и попечительства обязан осуществлять в порядке и в сроки, которые определяются Правительством Российской Федерации, проверку условий жизни подопечных, соблюдения опекунами и попечителями прав и законных интересов подопечных, обеспечения сохранности их имущества.

С учетом перечисленных обязанностей суд не признал обоснованными доводы заявителя о том, что орган опеки и попечительства по вине других лиц не был осведомлен об отсутствии у причинителя вреда, осуществившего поджог своей квартиры, В. С., опекуна и

⁸Принципы, определения и модельные правила европейского частного права. Проект общей справочной схемы (DCFR) // Модельные правила Европейского частного права / Пер. с англ.; науч. ред. Н. Ю. Рассказова. Перевод книги VI «Внедоговорная ответственность за вред, причиненный другому лицу» выполнен А. К. Губаевой. — М.: Статут, 2013 // СПС КонсультантПлюс.

⁹См. Шепель Т. В. О легальном определении понятия вины в гражданском праве // Современное право, 2006, № 7 (СПС КонсультантПлюс).

¹⁰Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law: Draft Common Frame of Reference (DCFR), Vol. 2 Edited by Christian von Bar and others. Munich. 2009. P. 630–631.

вообще о судьбе недееспособного В. С. При надлежащем выполнении администрацией МО возложенных на нее законом обязанностей она могла и должна была знать о данных обстоятельствах. Помещение В. С. в различные медицинские учреждения не освобождало орган опеки и попечительства от исполнения обязанности по осуществлению контроля за ним, в том числе, получения информации о его выписке, предоставленной психиатрической больницей с целью решения вопроса о назначении ему опекуна.

Суд признал, что администрация МО допустила бездействие, выразившееся в необеспечении надзора за недееспособным лицом, приведшем к его гибели и причинению материального ущерба третьим лицам (соседям, потерпевшим вред от залива при тушении пожара квартиры).

В определенный период полномочия и функции органов опеки и попечительства выполняла больница, но при рассмотрении данного дела это обстоятельство не имело правового значения. Важно было установить, кто являлся опекуном недееспособного причинителя вреда (и, следовательно, понесет ответственность за действия последнего) на момент причинения им ущерба¹¹.

В судебных актах по приведенному делу не нашла отражения двойная квалификация «дефектного надзора» (бездействия органа муниципального образования), повлекшего причинение вреда недееспособным лицом, страдающим психическим заболеванием, по статьям 1076 и 1069 ГК РФ. Незаконное бездействие органа муниципальной власти в сфере надзора за недееспособными лицами, явилось квалифицирующим признаком состава данного деликта. Лицом, ответственным за причиненный вред, является само муниципальное образование, а не его орган — указанная администрация.

Исследование судебных актов по искам о возмещении вреда (в том числе, морального), причиненного недееспособным гражданином, страдающим психическим расстройством, позволяет прийти к выводу о невозможности расценивать само по себе состояние недееспособности гражданина как создающее опасность причинения вреда третьим лицам. В частности, Верховный Суд Республики Карелия отметил необходимость доказывания полного состава деликта, причинившего, как полагал истец, моральный вред, связанного с беспокойным поведением соседки, признанной недееспособной вследствие психического расстройства¹². Болезнь может быть элементом юридического состава, влекущим в случаях, предусмотренных законом освобождение от ответственности за причинение вреда (при признании лица недееспособным)¹³. Но болезнь как таковая не может быть условием от-

ветственности за причинение вреда при квалификации деликта по субъекту ответственности.

Тенденция к сближению в правовом регулировании договорной и деликтной ответственности (или к унификации в отдаленном будущем) нашла своеобразное проявление в последствиях нарушения недееспособным лицом договорного обязательства. Показательны два судебных акта, в которых затрагивается проблема невозможности применения ст. 1076 ГК по аналогии к случаям ответственности за нарушение договорного обязательства. Так, Постановлением Президиума Ярославского областного суда было отменено определение апелляционной инстанции, в котором утверждалось, что, применяя по аналогии ст. 1076 ГК, следует взыскать задолженность по оплате за коммунальные услуги с опекуна недееспособного лица — собственника квартиры.

В Постановлении указывалось, что апелляционный суд правильно исходил из того, что К. как опекун должна была расходовать доходы подопечной, в том числе и оплачивать расходы по ремонту и содержанию жилья и коммунальные услуги. Однако применение по аналогии ст. 1076 ГК РФ, предусматривающей ответственность опекуна за вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, является ошибочным. «В данном случае речь идет не о возмещении вреда, причиненного недееспособной С., а об исполнении ею как собственником жилого помещения своей обязанности по содержанию жилья.

В соответствии со ст. 17 ГК способность иметь гражданские права и нести обязанности (гражданская правоспособность) признается в равной мере за всеми гражданами. Правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью.

Таким образом, надлежащим ответчиком по требованиям о взыскании задолженности по оплате за техническое обслуживание жилья и коммунальные услуги является сама С., с которой и подлежит взысканию задолженность»¹⁴.

Невозможность применения ст. 1076 ГК по аналогии была также подтверждена в Апелляционном определении Новосибирского областного суда от 12 января 2016 г. по делу № 33-189/2016. Суть дела состояла в том, что ответчик заключил сделку, являясь дееспособным лицом, и впоследствии в судебном порядке с него была взыскана сумма долга. В процессе исполнительного производства его признали недееспособным. Задолженность не была погашена, и суд вынес решение о взыскании процентов по ст. 396 ГК. Представитель ответчика в апелляционной жалобе просил отменить решение о взыскании процентов и принять новое решение об отказе в иске, поскольку в соответствии со ст. 395, 1076 ГК ответственность должна насту-

¹¹ Определение Ленинградского областного суда от 12 марта 2015 г. № 33-1114/2015 // СПС КонсультантПлюс.

¹² Апелляционное определение Верховного Суда Республики Карелия от 31 мая 2013 г. по делу № 33-1635/2013 // СПС КонсультантПлюс.

¹³ См.: Маленна М. Н. Болезнь как юридический факт — состояние, вызывающее правовые последствия // Медицинское право. 2016, № 3 // СПС КонсультантПлюс.

¹⁴ Постановление Президиума Ярославского областного суда от 12 апреля 2006 г. № 44-г-53/06 // СПС КонсультантПлюс.

¹⁵ Апелляционное определение Новосибирского областного суда от 12 января 2016 г. по делу № 33-189/2016г // СПС КонсультантПлюс.

пать за вину, между тем «вина ответчика в неисполнении решения суда отсутствует, решением суда его вина не установлена»¹⁵. В Апелляционном определении доводы заявителя не были признаны обоснованными. При этом вопрос о вине как условия ответственности за неисполнение денежного обязательства, был обойден вниманием. Особое значение возымел факт дееспособности должника при возникновении основного

договорного обязательства, соответственно взыскание процентов за неисполнение денежного обязательства с признанного впоследствии недееспособным должника признано правомерным. Напротив, применение ст. 1076 ГК в отношении договорного обязательства справедливо признано недопустимым.

МОДЕЛИ НОРМАТИВНОГО (ПРАВОВОГО) РЕГУЛИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ ОТ ГИППОКРАТА ДО СОВРЕМЕННОСТИ

**Ковалевская Н. С.,
доцент Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Санкт-Петербургский государственный университет»,
Российская Федерация,**

**Ковалевский М. А.,
профессор Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего
профессионального образования
«Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А. И. Евдокимова»,
Российская Федерация**

Аннотация

В статье исследуются модели нормативного (правового) регулирования врачебной тайны от Гиппократов до современности. Анализируются проблемы, связанные с Нюрнбергским трибуналом над врачами и применением эвтаназии, в том числе, в отношении психически больных. Исследуется вопрос современного юридического значения Клятвы Гиппократов. Дается новый перевод с древнегреческого ряда положений этой Клятвы.

Ключевые слова

Модель, регулирование, норма, право, врачебная тайна, Гиппократ, современность, Нюрнбергский трибунал, эвтаназия, психически больные, юридическое значение, Клятва, древнегреческий, новый перевод.

THE MODELS OF NORMATIVE (LEGAL) REGULATION OF DOCTOR-PATIENT CONFIDENTIALITY FROM HIPPOCRATES TO THE MODERN TIMES

**Kovalevskaya N. S., Assistant Professor,
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education
“Saint Petersburg State University”,
Saint Petersburg, Russian Federation,**

**Kovalevskij M. A.,
Professor, State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education
“Moscow State Medical Stomatology University named after A. I. Evdokimov”,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The models of normative (legal) regulation of doctor-patient confidentiality from Hippocrates to the modern times are investigated in the paper. The issues connected with the Nuremberg Doctor's Trial and use of euthanasia—including for mentally sick are analysed. The issue of modern legal effect of the Hippocratic Oath is investigated. The study proposes a new translation from Greek of some provisions of this Oath.

Key words

Model, regulation, norm, law, doctor-patient confidentiality, Hippocrates, modern times, Nuremberg Trial, euthanasia, mentally sick, legal effect, Oath, Greek, new translation.

1. В Руководстве по этике, которое было рекомендовано Всемирной Медицинской Ассоциацией (далее — Руководство по этике), обязанность врача охранять конфиденциальную информацию о пациенте (keep patient information confidential), то есть, хранить врачебную тайну, характеризуется как краеугольный камень (cornerstone) медицинской этики, существующий со времени Гиппократ¹. Возникает вопрос: чем обусловлено придание подобной первостепенной значимости именно сохранению врачебной тайны, а не какой-либо иной медицинской ценности? Например, такой очевидной ценности, как стремление врача восстановить, сохранить или укрепить здоровье пациента.

И, кроме того, почему в Руководство по этике в качестве авторитета в решении важных для нашего времени проблем привлекается Гиппократ — тот, кто жил и работал около двух с половиной тысяч лет тому назад, а не кто-либо из наших современников? Тем более, что в наше время, по признанию многих, медицина значительно продвинулась в части эффективности методов и способов врачевания. И имеют ли в настоящее время для врача (или законодателя) какое-либо обязывающее значение положения, сформулированные в далекой древности Гиппократом?

2. Не вызывает особых сомнений, что первейшим фундаментом (краеугольным камнем), лежащим в основе желаний пациента обратиться к врачу, является вера в то, что врач может и должен его вылечить. В то же самое верят и близкие пациента (его семья). То есть, неравнодушные, по общему правилу, к пациенту люди, отношение которых дает существенный вклад в состояние его здоровья. Таким образом, со стороны пациента первейшей основой («краеугольным камнем») для вступления в отношения с врачом обычно является именно исходная вера в способности врача в части врачевания, а не уверенность в том, что он будет хранить врачебную тайну (хотя во многих случаях это тоже важно для пациента). И пациент, обращаясь к врачу, уверен (или, по меньшей мере, хранит надежду), что медицинская этика — этика врача, обладает аналогичными ценностными ориентирами. Подтверждением служит следующий факт: в судебной практике, связанной со спорами пациентов в сфере медицины, число дел по искам пациентов и их родных (в случае смерти пациентов), предъявляемых из ненадлежащего врачевания (лечения), существенно превосходит число дел из разглашения врачебной тайны.

Так почему же в Руководстве по этике в качестве «краеугольного камня», определяющего этику отношений врача и пациента, указана, прежде всего, такая ценность, как сохранение врачебной тайны, и не может ли это создать условия для возникновения конфликта между интересами врача, ориентированного подобным образом, и интересами пациента? Тем более, что существуют примеры — к счастью, достаточно редкие на практике, когда врачебная тайна способна превращаться в «тайну врачебной ошибки» или даже в «тайну умышленного врачебного преступления». Отметим, что особенно благоприятные условия для подобного превращения возникают после смерти пациента при медицинском вмешательстве, позволяя недобросовестному врачу блокировать доступ близких пациента к письменным доказательствам, связанным с действительным (а не заявляемым таким врачом) характером медицинского вмешательства².

3. Вопиющим примером подобного блокирования — к счастью, примером, который является редчайшим во многовековой истории врачебной практики, может служить ситуация, существовавшая в фашистской Германии. В Германии в 1939 году была введена программа принудительной эвтаназии пациентов-хроников, которые имели стойкие и серьезные психические или физические дефекты (она охватывала, в том числе, и детей)³. Это так называемая Программа Т-4, которая реализовывалась, преимущественно, в целях эвгеники (улучшения наследственности), сокращения расходов на здравоохранение и освобождения мест в медицинских учреждениях для раненых, поступающих с фронтов. В ходе ее было уничтожено более 80 тысяч человек, причем данная программа позиционировалась властями в качестве некоего «акта милосердия» по отношению к тем, кто подвергался эвтаназии⁴. В ходе нее германские врачи, осуществлявшие эвтаназию, отказывались сообщать близким пациентов, подвергшихся эвтаназии, правдивые сведения о методах лечения и о его результатах, в том числе, о действительных причинах смерти пациентов, фактически прикрываясь принципом охраны врачебной тайны. Не помогало родственникам даже обращение в правоохранительные органы.

В то же время, в условиях сохранения в тайне сведений о здоровье уничтоженных пациентов от самых близких им людей — членов семьи, лечащие врачи общались (перед осуществлением эвтаназии) информацию о своих пациентах-хрониках в некие публично-

¹ Williams J. R. Medical Ethics Manual. World Medical Association, 2015. P. 5.

² Омельченко О. Тайна врачебной ошибки. Гласность и права пациентов не обеспечены // Газета «День» (Украина), 1 февраля 2003 г.; определение КС РФ от 9 июня 2015 г. № 1275-О; постановления ЕСПЧ от 30 октября 2012 г. по делу «Е. М. и другие против Румынии» и от 6 июня 2013 г. по делу «Авилкина и другие против России».

³ Нюрнбергский процесс: Сборник материалов. В 8 т. Т. 5 М., 1991. С. 70; Нюрнбергский процесс: Сборник материалов. В 8 т. Т. 7. М., 1997. С. 57.

⁴ Schmidt U. Justice at Nuremberg: Leo Alexander and the Nazi Doctors' Trial. New York, 2004. P. 210, 213.

⁵ СС в действии. Документы о преступлениях СС — М., 2000. С. 410—411.

общественные органы и организации, которые были специально созданы властью для целей эвтаназии и обладали не очень понятным юридическим статусом⁵. Но не смотря на этот статус врачи передавали им (непосредственно и(или) опосредованно) сведения о своих пациентах-хрониках, фактически тем самым обрекая последних на смерть. В то же время, согласно действовавшему с конца XI века в Германии законодательству и сформировавшейся судебной практике, германские врачи, а также организаторы здравоохранения, имели право не сообщать информацию о пациентах даже суду⁶.

4. Необходимо отметить, что, в отличие от этого при проведении фашистами программы эвтаназии на оккупированных советских территориях советские врачи-психиатры и медицинский персонал вели мужественную борьбу за сохранение жизни своих пациентов, которая в ряде случаев заканчивалась для ряда из них (медицинских работников) трагической гибелью⁷. Кстати, советские врачи аналогичным образом вели себя и работая в сталинских лагерях. Они фактически ставили интересы пациентов выше своих интересов, а также политических и(или) хозяйственных интересов государства. В частности, сохраняли в тайне сведения о состоянии здоровья своих пациентов, когда это спасало их жизнь — сохраняли даже в тех случаях, когда подобное поведение могло им самим повредить. Так врачи зачастую предоставляли администрации лагеря недостоверные (или недостаточно достоверные) сведения о здоровье пациента, если это могло способствовать предоставлению последнему более легкой работы или спасти его от отправки по этапу, угрожающему жизни ослабленного человека. В. Т. Шаламов, прошедший в сталинских лагерях многие годы, по поводу характера отношений между врачом и пациентом в этих лагерях говорил: «*Единственный защитник заключенного, реальный его защитник — лагерный врач*»⁸.

Приведенные выше примеры защиты (или отказа от защиты) врачебной тайны позволяют рассматривать ее как некий «обоюдоострый» инструмент, который может (в ряде ситуаций) служить основной предпосылкой («краеугольным камнем») защиты интересов больных, а в других — при злоупотреблении им, способствовать существенному обесцениванию данных интересов. Подобное обстоятельство свидетельствует, что медицинское сообщество и (или) законодатель не могут оставлять без внимания пробле-

му надлежащего нормативного (правового) регулирования отношений по защите врачебной тайны. При этом, осуществляя такое регулирование, необходимо действовать крайне сбалансированно и осторожно в целях охраны действительных, а не иллюзорных(воображаемых) интересов последнего.

5. Обратимся теперь к проблеме юридического значения Клятвы Гиппократова. Для этого используем опыт так называемого Нюрнбергского трибунала над врачами, проходившего с 9 декабря 1946 по 20 августа 1947 г. Он рассматривал дела врачей и иных лиц — среди них было 20 врачей, а также один юрист и двое чиновников, которые являлись организаторами медицинских преступлений, имевших место в фашистской Германии, либо были основными исполнителями этих преступлений⁹. Нюрнбергский трибунал над врачами, в частности, рассмотрел преступления, связанные с упоминавшейся ранее программой принудительной эвтаназии, с проведением медицинских опытов над заключенными, с осуществлением для целей евгеники стерилизации граждан, в том числе, имеющих психические заболевания, и т. д. Всего обвиняемыми по нему прошли 23 человека. Из них 7 были приговорены к смертной казни, 5 — к пожизненному заключению, 4 — к различным тюремным срокам (от 10 до 20 лет), а 7 были оправданы.

Определенной проблемой для Нюрнбергского трибунала над врачами стало то, что во время совершения соответствующих преступлений отсутствовали международные договоры или международные нормативные правовые акты, регулирующие отношения между врачом и пациентом¹⁰. Такие акты позволили бы устанавливать вину обвиняемых во вменяемых уголовных преступлениях (в убийстве и причинении тяжких телесных повреждений), а также определять степень этой вины. Подобное обстоятельство стало для Трибунала и обвинителей, участвующих в нем, стимулом к тому, чтобы в качестве международно-признанного акта, регулирующего отношения между врачом и пациентом, были использованы Клятва Гиппократова, а также тексты более поздних реализаций данной Клятвы — тех, что адекватны ее содержанию¹¹. Этим самым Нюрнбергский трибунал над врачами фактически придал юридическое значение — значение общепризнанных норм врачебного поведения, Клятве Гиппократова, пользовавшейся в течение многих веков высоким авторитетом и среди практикующих врачей, и среди пациентов. Что же касается фашистских идео-

⁵Maehle A.-H. Medical confidentiality in the late nineteenth and early twentieth centuries: an Anglo-German comparison / *Medizinhist J.* 2010, Vol. 45(2). P. 189–221; Deutsch E., Spickhoff A. *Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht.* 6. Auflage — Berlin, 2008. S. 405.

⁷Федотов Д. Д. О гибели душевнобольных на территории СССР, временно оккупированной фашистскими захватчиками в годы Великой Отечественной войны // Вопросы социальной и клинической психоневрологии, 1965, Т. 12. С. 443–459. Приводится по раб.: Петрюк П. Т., Петрюк А. П. Психиатрия при нацизме: последствия дегуманизации психиатрической практики на временно оккупированных территориях СССР. Сообщение 7 // Психічне здоров'я, 2012, № 2(35). С. 79.

⁸Шаламов В. Т. Красный крест // Шаламов В. Т. Собрание сочинений в четырех томах. Т. 1. — М., 2013. С. 182. См. также по данному поводу: Разгон Л. Э. Чужие / Непридуманное. Биографическая проза, М., 2010. С. 212; Сунды Е. Врачи в советских лагерях. По воспоминаниям очевидцев // Новая Польша, 2008, № 6.

⁹Это так называемое дело «США против Карла Брандта и др. (United States of America versus Karl Brandt et al.)», слушание которого проходило с 9 декабря 1946 по 20 августа 1947 г. См. по данному поводу напр.: Schmidt U. Цит. соч. P. 3 и др.

¹⁰Schmidt U. Цит. соч. P. 229–232, 234.

¹¹Grodin M. A. Historical Origins of the Nuremberg Code // *Medicine, Ethics, and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues.* Ed. John J. Michalezyk. Kansas City, 1994. P. 171.

логов и чиновников, то они рассматривали положения Клятвы Гиппократова как устаревшие. Например, руководитель канцелярии Гитлера Ф. Боулер (Bouhler) заявлял: «если бы этот Гиппократ был жив сегодня, то он сформулировал бы свою клятву по-другому»¹². И такое отношение к Клятве Гиппократова отрицательно сказалось на дальнейшей судьбе тех врачей, юристов и чиновников, кто разделял мнение Ф. Боулера и предстал перед Нюрнбергским трибуналом над врачами.

6. Специально следует отметить, что Клятва Гиппократова содержит отдельное положение об охране врачом сведений о пациенте. Оно регулирует врачебную тайну крайне взвешенно, фактически используя для этого достаточно прозрачную модель — модель семейных отношений. Причем согласно Клятве Гиппократова эта модель должна действовать как в сфере отношений между самими врачами, так и в сфере отношений между врачом и пациентом. Она буквально «пронизывает» всю Клятву Гиппократова, что предполагает толкование любого положения данной Клятвы — как и любого положения современных и адекватных реализаций этой Клятвы¹³, не обособленно друг от друга, а взаимосвязано и взаимообусловлено (в системной связи), и с учетом действия семейной модели отношений.

На языке мифа и Клятвы Гиппократова семья — это то, где рождается, проводит свои дни, трудится и находит нужные доводы искусство врачевания.

Уже в первом положении Клятвы Гиппократова упоминаются боги-врачеватели, которые, согласно древнегреческой мифологии, составляют некое семейное сообщество, где родилось искусство врачевания — это Аполлон, его сын Асклепий и внуки Гигея и Панакея¹⁴. Именно в лоно данного сообщества (семьи) вливается врач, дающий Клятву, и именно оно, согласно смыслу Клятвы Гиппократова, должно гарантировать наличие у этого врача общего для всех членов

врачебной семьи качества — способности к надлежащему врачеванию. Для того, чтобы влиться в семью, врач обещает «по-семейному» относиться и к своему учителю, который уже до него попал в нее, и к его сыновьям. А именно, учителя считать наравне со своими родителями, а его потомство считать своими братьями.

7. Затем следует важное для целей исследования режима врачебной тайны положение, определяющее модель отношений уже не между самими врачами, а между врачом и пациентом. Дадим его новый перевод с древнегреческого, так как существующий не в полной степени соответствует смыслу оригинала Клятвы Гиппократова¹⁵. Этот перевод таков: «В какую бы семью (οἶκος (oikos))¹⁶ я не вошел [не влился]¹⁷, я примкну¹⁸ к ней [фактически, войду в число ее членов] для пользы больных, будучи чужим¹⁹ всему тому, что противно [семейному] укладу²⁰, произволь²¹ и гибельно [для семьи — то есть, что растлевает семью]²², особенно [буду чужим] любовным делам с телами женщин и мужчин, свободных и рабов (Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόσας ἂν ἐσίω ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ χαμνόντων, ἐχτός ἐὼν πάσης οὐσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἐργῶν ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέων τε καὶ δούλων)».

Отсюда можно заключить, что врач фактически обещает вливаться в лоно семьи больного, становясь для нее неким новым родственником (что, естественно, невозможно без согласия пациента и его семьи). Отметим, что гиппократова модель отношений между врачом и пациентом как семейных отношений — отношений неких родственников («друзей семьи» или «квази-родственников»), в ряде случаев прямо используется современной медициной. Она, в частности, применяется в участковой («домашней») медицине Семашко, в американской семейной медицине, а также в германской психиатрии²³. При этом использование семейной (гиппократовой) модели от-

¹²Приводится по работе: Schmidt U. Цит. соч. Р. 213. См. также: Залеский К. Кто был кто в III рейхе — М., 2002.

¹³См. например, Клятву врача, закрепленную в пункте 1 статьи 71 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в РФ».

¹⁴См.: Гиппократ. Клятва / Гиппократ. Избранные книги. М., 1936. С. 87–88. Прим. 1. С. 88; Аполлодор. Мифологическая библиотека. Л., 1972. С. 63–64; Жуана Ж. Гиппократ. Ростов-на-Дону, 1997. С. 355–356; Petsalis-Diomidis A. Truly Beyond Wonders: Aelius Aristides and the Cult of Asclepius. Oxford, 2010. P. 23.

¹⁵Авторы благодарят С. М. Ковалевского за осуществление данного перевода, а также за помощь в анализе содержания соответствующего древнегреческого текста.

¹⁶οἰκίας — от οἶκος, которое означает: обиталище (с людьми), дом и имущество (домохозяйство), семью (Дворецкий И. Х. Древнегреческо-русский словарь. Т. 2. М., 1958. С. 1157; Beekes R. S. P. Etymological dictionary of Greek. — Leiden, 2010. P. 1055.) Отметим, что такое однокоренное с οἶκος слово, как οἰκεῖον, означает, в частности, родство, родственную (дружескую) связь и домашнее дело (Дворецкий И. Х. Цит. соч. Т. 2. С. 1155).

¹⁷ἐσίω — от глагола ἐσίημι, означающего, в том числе, впускать, вливаться [напр. это слово используется в древнегреческом выражении, означающем: «две реки вливаются в озеро»] (Дворецкий И. Х. Цит. соч. Т. 1. С. 672, 472, 468.)

¹⁸ἐσελεύσομαι — от глагола ἐίσερχομαι, означающего, в том числе, входить куда-либо, примыкать [напр. к союзному договору], вступать [напр. в число эфбов] (Дворецкий И. Х. Цит. соч. Т. 1. С. 471.)

¹⁹ἐχτός — прочь, вон и посторонний, чужой (Дворецкий И. Х. Цит. соч. Т. 1. С. 502.)

²⁰ἀ-δίης — то есть, противный обычаю, укладу (Дворецкий И. Х. Цит. соч. Т. 1. С. 406.)

²¹ἐχουσίης — действующий произвольно (исключительно по своей воле) (Дворецкий И. Х. Цит. соч. Т. 1. С. 492.)

²²φθορίης — от φθορά, ион. φθορή, то есть, в частности, гибель, уничтожение или развращение, растление (Дворецкий И. Х. Цит. соч. Т. 2. С. 1724.)

²³Семашко Н. А. Очерки по теории организации советского здравоохранения // Семашко Н. А. Избранные произведения. М., 1954. С. 105; Egger R. L. What It's Like To Be a Family Physician // Family Medicine: Principles and Practice / Edited by Robert B. Taylor. New York, 1978. P. 13; Мольт А. Врачебная этика. СПб, 1903. С. 365; Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М., 2006. С. 12, 98, 218 и др.

ношений между врачом и пациентом предполагает принятие врачом элементов семейного уклада и, соответственно, приобретение им в рамках данного уклада не только определенных прав, но и, прежде всего, значимых обязанностей. Подобное обстоятельство фактически исключает — в случае, если используемая модель отношений действительно (а не иллюзорно) представляет собой модель настоящей семьи, возможность появления «мучительного и одностороннего патернализма» врача в отношении пациента.

8. Последнее зачастую упускается из вида современными критиками семейной модели отношений врач-пациент. Они, как представляется, не принимают во внимание или вообще игнорируют реальные опасности, возникающие при отходе от данной модели. А именно, опыт Нюрнбергского трибунала над врачами (и фашистскими чиновниками), который рассматривал дела тех, кто пренебрегал или советовал пренебрегать основными гиппократовыми положениями, считая их устаревшими. Здесь представляется очень показательным то, что сами немецкие врачи-обвиняемые отвечали «Нет» — независимо их приверженности идеологии «народа — господина (*Herrenvolk*)», когда обвинение у них спрашивало, лечили бы они своих детей, жену или себя самих так, как они лечили участников их экспериментов²⁴. То есть, в ходе Нюрнбергского трибунала над врачами семейная (гиппократова) модель отношений между врачом и пациентом рассматривалась практически всеми участниками процесса в качестве некой надлежащей модели таких отношений. Представляется, что если бы врачи-обвиняемые во всех случаях следовали данной модели, то они не предстали бы перед Трибуналом.

Из смысла приведенного ранее положения Клятвы Гиппократов следует, что врач, как некий член семьи пациента, не может быть равнодушным («чужим») по отношению к этой семье в целом и ее другим членам. Он, в частности, обязан проявлять в отношении пациента и иных своих «новых родственников» ту заботливость и осмотрительность, которая обычна для настоящей (классической) семьи — для ее веберовского идеального типа²⁵. Например, врач не должен причинять членам семьи и семье в целом вреда, в том числе, не должен вступать в любовную связь с другими ее членами или «квази-членами» — рабами, которые упоминаются в Клятве Гиппократов, так как это равноценно инцесту. С другой стороны, влившись в семью пациента, врач очевидным образом приобретает возможность доступа к конфиденциальной семейной информации, необходимой для оценки состояния здоровья больного — той информации, которая обычно никому кроме членов семьи не предоставляется. И, как член («квази-член») семьи, он обязан охранять данную информацию (естественно, в качестве семей-

ной тайны). Обычно именно семья и ее члены — это наиболее ярые и эффективные защитники такой конфиденциальной информации.

9. Фактически именно о подобном режиме защиты говорится в положении Клятвы Гиппократов, регулирующей отношения, связанные с врачебной тайной. Приведем новый перевод с древнегреческого этого положения: «Что бы при лечении, как и без лечения, я ни увидел и ни услышал относительно жизни людей из того, о чем не нужно (*μη χρή*) когда-либо попусту говорить *λάλέω* (*laleo*) — лялякать, болтать), буду молчать, так как таким вещам следует быть не сказанными (*Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα*)»²⁶. Буквальное содержание этого положения Клятвы Гиппократов подтверждает предположение, что информация, полученная врачом в семье пациента, рассматривается в Клятве не как индивидуальная информация (личная тайна пациента), а в качестве информации, имеющей семейный характер (семейная тайна). Это информация относительно жизни членов семьи («относительно жизни людей», как говорится в Клятве Гиппократов). И Гиппократ, запрещая врачу «лялякать и пустословить» о том, что стало ему известно о пациенте и его семье, фактически не исключает следующее: врач может сообщать другим людям те сведения о пациенте, которые должны быть — ввиду тех или иных важных обстоятельств, разглашены (сообщены не в форме «пустой болтовни»).

К подобной информации очевидным образом можно отнести ряд сведений, имеющих существенную социальную (коллективную, семейную) значимость (но только если, естественно, сообщение данной информации не создаст реальный риск причинения вреда больному и (или) его семье). Это, в частности, сведения о состоянии здоровья пациента, которые необходимо сообщить его близким в целях участия последних в надлежащем уходе за ним. Кроме того, к сведениям, имеющим существенную социальную (коллективную, семейную) значимость, которые раскрываются врачом, следует также отнести информацию о наличии у пациента опасного инфекционного заболевания. Эти сведения нужно предоставить членам семьи и публичным властям, чтобы данные лица и органы способствовали, в частности, охране здоровья окружающих и уменьшению риска возможной моральной «стигмации (клеймления)» больного со стороны общества (или даже «самосуда» над ним).

10. В России — и с исторической, и с системно-правовой точки зрения, в центре нормативного (правового) регулирования отношений, связанных с врачебной тайной, всегда стояла и продолжает стоять

²⁴NDT Records, frame 206; Schmidt U. Цит. соч. P. 139.

²⁵По поводу конструкции «идеальный тип» см.: Weber M. Economy and Society. An Outline of Interpretive Sociology. London, 1978. P. 21 и др.

²⁶Перевод с древнегреческого этого положения Клятвы Гиппократов также осуществил С. М. Ковалевский. Этот перевод опубликован в работе: Ковалевский М. А., Акулин И. М., Ковалевская Н. С. Институт юридической защиты сведений о пациенте (врачебной тайны): история становления и конституционно-правовой режим (в аспекте семейных отношений) // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, 2015, № 1. С. 60.

Клятва врача (дореволюционного, советского или современного российского)²⁷. Это фактически целый спектр неких реализаций Клятвы Гиппократова, адекватных содержанию последней и закрепляющих традиции (обыкновения) медицинской практики, которые переходили одного поколения российских (советских) врачей к другому²⁸. Отметим, что в течение определенной части советского периода развития медицины (1917–1971) положения, адекватные по содержанию основным положениям Клятвы Гиппократова, не были формально закреплены в каком-либо акте советской власти. Однако, они фактически действовали в форме поддерживаемых властью обычаев. Подтверждением тому — в части положения о сохранении врачебной тайны, являются работы Н. А. Семашко и Т. Брон, изданные при «патронаже» советской власти²⁹. Их содержание свидетельствует, что данная власть признавала значимость врачебной тайны, не поддерживая лишь ее радикальную абсолютизацию. В этом она фактически следовала рекомендациям выдающегося дореволюционного правоведа Н. С. Таганцева, сделанным им в отношении формирования сбалансированного режима данной тайны³⁰.

Содержание работ Н. А. Семашко и Т. Брон опровергает популярное в настоящее время утверждение, что до 1971 года в СССР охрана врачебной тайны совершенно не поддерживалась властью. Это утверждение опирается, прежде всего, на приведенное в работе В. В. Вересаева и вырванное, как представляется, из контекста резкое высказывание Н. А. Семашко в отношении данной тайны³¹. Однако, оно было сделано последним, скорее всего, «в сердцах», когда в начале 20-х годов прошлого века в России свирепствовали эпидемии, унося миллионы жизней, а некоторые врачи, прикрываясь сохранением врачебной тайны, отказывались по различным причинам, но формально — по причине сохранения врачебной тайны, сообщать информацию о заболевших власти (органам управления здравоохранением). Этого нельзя не учитывать. Тем более, что соответствующее высказывание Н. А. Семашко является достаточно локальным во временном и профессиональном аспектах, что особенно очевидно, если принять во внимание его деятельность в целом, которая была титанической, по-настоящему инновационной и крайне эффективной в сфере охраны здоровья советских граждан.

11. Все российские (советские) Клятвы врача закрепляли (закрепляют), подобно Клятве Гиппократова, семейную (гиппократову) модель отношений. Семей-

ный характер отношений, согласно смыслу их норм, должен иметь место как во врачебном сообществе, так и между врачом и пациентом. Это несложно обнаружить, рассматривая каждую Клятву врача как совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных положений. В ней, в частности, закрепляется и доминирование интересов пациента над интересами врача — аналог семейного отношения к наиболее уязвимому члену семьи (например, отношения родителя к ребенку), и обещание заботливо, а также осмотрительно (внимательно) относиться к пациенту — аналог отношения одного члена настоящей семьи к другому, и иные положения, которые прямо или косвенно формируют семейный характер упоминаемых в Клятве отношений. Клятва дается перед началом врачебной практики и формирует у врача тот образ его деятельности, в основе которого лежит модель «гиппократова врача», считающаяся в России, как минимум со времен Мудрова³², неким идеальным врачебным типом.

Врач, давая Клятву, присоединяется к врачебному сообществу («врачебной семье») — к образу мышления, поведению и делам как ныне живущих, так и уже давно ушедших коллег, продолжающих существовать в своих учениках и учениках их учеников. То есть, присоединяется ко всем тем, кто практиковал как «гиппократов врач». В то же время, семейная (гиппократова) модель отношений является для врача очень затратной (в эмоциональном, временном и многих иных аспектах). Однако, ее реализация на практике способна снимать многие проблемы, возникающие между врачами и пациентами, так как основная часть этих проблем обычно непосредственно связана с вопросами врачебной этики (деонтологии). Подобное обстоятельство позволяет утверждать, что применение семейной (гиппократовой) модели способно, в частности, значительно сократить число обращений пациентов и (или) властей в суды. Определенным подтверждением тому может служить все, что было ранее сказано о Нюрнбергском трибунале над врачами. С другой стороны, государство и общество — в целях обеспечения действия принципа справедливости, должны морально, материально и социально (в том числе, информационно) поддерживать своих врачей, практикующих столь затратную для них модель поведения. Если, конечно, власти и общество реально, а не только на словах, заинтересованы в наличии таких врачей в нашей жизни.

12. Кроме специального положения Клятвы врача, которая в России в настоящее время закреплена непо-

²⁷Под нормативным (правовым) регулированием здесь понимается регулирование, которое может быть основано на нормах обычая, этики или права.

²⁸См. напр.: (1) дореволюционную Факультетскую клятву врачей (*Дембо Л. И., Вальтер Ф. А.* Врачебная тайна. Л., 1926. С. 8), (2) Присягу врача Советского Союза, утвержденную Указом Президиума Верховного Совета СССР № 1364-VIII от 26 марта 1971 г., (3) Клятву врача, закрепленную в пункте 1 статьи 71 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в РФ» (она уже упоминалась ранее).

²⁹*Брон Т.* Врачебная тайна // Большая медицинская энциклопедия. Гл. редактор Н. А. Семашко. Т. 5. М., 1928. С. 680; *Семашко Н. А.* Очерки по теории организации советского здравоохранения // Семашко Н. А. Избранные произведения. М., 1954. С. 131–132.

³⁰*Таганцев Н. С.* К вопросу о врачебной тайне // Журнал гражданского и уголовного права, 1893, Книга 9, Ноябрь. С. 4.

³¹*Вересаев В. В.* Записки врача // *Вересаев В.* Повести и рассказы. Кишинев, 1982. (Предисловие к двенадцатому изданию).

³²*Мудров М. Я.* Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача // *Мудров М. Я.* Избранные произведения. М., 1949. С. 167–199; *Мудров М. Я.* Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных // *Мудров М. Я.* Избранные произведения. М., 1949. С. 204–206, 244 и др.

средственно в нормах закона (пункт 1 статьи 71 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в РФ» (далее — Основы о здоровье)), институт врачебной тайны регулируется и иными (специальными) нормами Основ о здоровье, а также положениями других федеральных законов, посвященными более общему институту — институту персональных данных³³. Последнее предполагает необходимость осуществление системных толкований норм соответствующих законов, среди которых одним из наиболее значимых для практики является судебное толкование. Необходимо отметить, что в пункте 1 статьи 13 Основ о здоровье закрепляется перечень информации, которая защищается правовым режимом врачебной тайны. Это сведения «о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении».

Правовой режим врачебной тайны сформулирован законодателем как достаточно жесткий (хотя и не абсолютный). Так частью 2 статьи 13 Основ о здоровье в качестве общего правила предусмотрено, что не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. И этой же нормой закрепляется возможность существования исключений из данного общего правила, которые (как следует из буквального содержания указанной нормы) исчерпываются специальными случаями, установленными частями 3 и 4 статьи 13 Основ о здоровье. Никаких ссылок на то, что иные случаи могут быть предусмотрены другими нормами Основ о здоровье, либо нормами иных Федеральных законов, часть 2 статьи 13 Основ о здоровье не содержит.

13. Пунктом 3 статьи 13 Основ о здоровье предусмотрено, что разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам допускается только с письменного согласия гражданина или его законного представителя. Подобная жесткая формулировка создает проблемы в случае, когда гражданин хочет обеспечить доступ других лиц к врачебной тайне после своей смерти (например, родственников). Проблема возникает, в частности, вследствие того, что согласно подпункту 6 пункта 1 статьи 188 ГК РФ действие доверенности, выданной гражданином и закрепляющей его согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, прекращается со смертью гражданина. Судебная практика не дает рациональных решений данной проблемы (хотя они, как представляется, возможны в рамках надлежащего (системного) толкования действующего законодательства об охране здоровья и законодательства о персональных данных³⁴).

В пункте 4 статьи 13 Основ о здоровье предусмотрено предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Однако, такое предоставление, согласно Основам о здоровье, возможно только при наличии обстоятельств, которые закреплены в их исчерпывающем перечне, состоящем в настоящее время из 11-ти случаев. Следует отметить, что 10 из указанных 11-ти случаев связаны с предоставлением сведений, составляющих врачебную тайну, лицам медицинской профессии или органам и организациям, наделенным публичными полномочиями (органам следствия и дознания, суду, органам обязательного социального страхования и пр.). И только один из случаев, перечисленных в части 4 статьи 13 Основ о здоровье, связан с передачей данных сведений частным лицам — законным представителям того, кому оказывается медицинская помощь и у кого существуют определенные проблемы с возможностью выразить свою волю, в том числе, проблемы с дееспособностью.

14. В Основых о здоровье не закреплена презумпция того, что указанные сведения могут (в отсутствие специального запрета пациента) быть доступны тем, кто, по общему правилу, наиболее близок (в социальном плане) к пациенту при жизни, а после его смерти наиболее трепетно относится к памяти о нем и к его достоинству, то есть, родственникам пациента. Если обратиться снова к исключениям из принципа защиты врачебной тайны, содержащимся в норме части 4 статьи 13 Основ о здоровье, то можно утверждать следующее. Согласно смыслу этих норм Основ о здоровье государство и его органы (организации) рассматриваются законодателем — в части сохранения врачебной тайны, в качестве субъекта более компетентного и заинтересованного, чем семья. Подобный подход вызывает вопросы, в частности, в виду того, что на практике именно семья — и это подтверждается социологическими исследованиями, является наиболее эффективным защитником конфиденциальной информации о своем члене. Кроме того, обычно именно родственники пациента находятся рядом с ним, когда он болеет. Они помогают в уходе — зачастую по прямому поручению медицинских работников, получая при этом фактический доступ к большинству сведений, составляющих врачебную тайну (причем обычно на основе устного (а не письменного) согласия пациента или вообще лишь презумпции (не юридической) такого согласия). Подобный подход полностью соответствует семейной (гиппократовой) модели отношений между врачом и пациентом, согласно которой врачебная тайна — это составная часть семейной тайны. Однако, он конфликтует с буквальным истолкованием специальных норм о врачебной тайне, закрепленных в статье 13 Основ о здоровье — истолкованием, которое осуществляется в отрыве от норм, содержащихся в Клятве врача и в законодательстве о персональных

³³Подробнее по данному поводу см. напр. работы: Ковалевский С. М. Правовые проблемы предоставления сведений, составляющих врачебную тайну // *Здравоохранение*, 2015, № 6. С. 110–114; Ковалевский М. А., Акулин И. М., Ковалевская Н. С. Цит. соч. С. 71–72 и др.

³⁴См. напр.: Ковалевский М. А., Акулин И. М., Ковалевская Н. С. Цит. соч. С. 71–72.

данных. Что же касается судов, то они, как показывает практика последнего времени, формируют правовые позиции, которые можно фактически рассматривать в качестве свидетельств существования в подобной ситуации даже не конфликта с нормами новых Основ о здоровье, а нарушения данных норм.

Так, например, Конституционный Суд РФ не признал, что на основе действующего законодательства родственники умершего пациента могут получать непосредственно от врачей медицинскую документацию (ее копию), относящуюся к этому пациенту³⁵. Предложенное Судом истолкование законодательства фактически закрепляет, а не разрешает конфликт между специальными нормами о врачебной тайне — нормами статьи 13 Основ о здоровье, и нормами, содержащимися в Клятве врача. То есть, теми нормами, что формируют семейные (гиппократовы) принципы медицины, которые в течение нескольких веков врачебной практики внедрялись в сознание российских врачей. При этом в качестве решения возникшей проблемы Конституционный Суд РФ рекомендует родственникам умершего пациента обращаться (для получения доступа к медицинской документации) не к врачу (медицинской организации), а прямо к правоохранительным органам (следствию, суду).

Они должны обратиться с заявлением об своих подозрениях, связанных с совершением врачами неправомерных действий (которых, возможно, и не было вообще), и ходатайством об истребовании соответствующей медицинской документации. И правоохранительные органы, возможно, сразу же, без обжалования их отказа, затребуют эту документацию от врачей (медицинской организации). Если они ее затребуют, то тогда у родственников пациента, наконец, возникает определенная возможность получить доступ к ней в объеме, определенном данными органами. То есть, Конституционный Суд РФ фактически считает «лучшими друзьями» пациента правоохранительные органы, а не его родных.

15. Практика настоящего (и прошедшего) времени показывает, что подобный путь далеко не всегда гарантированно приводит к достижению необходи-

мой цели — к доступу к медицинской документации. Кроме того, предложенный путь (порядок получения медицинской документации) является чрезвычайно затратным по времени и эмоциям как для родственников умерших пациентов, так и для добросовестных врачей. При этом необходимо отметить, что такой сложный порядок ранее практически никогда не использовался на практике в российской медицине. Врачи и пациенты, скорее всего, вполне обходились без него³⁶. Появление упомянутого порядка свидетельствует, как представляется, не только о конфликте специального правового регулирования врачебной тайны с «семейными» принципами гиппократовой медицины. Его появление указывает на отсутствие, прежде всего, в современной судебной практике, истолковывающей российское законодательство о здравоохранении, надлежащего понимания разумного баланса между интересами лиц, участвующих в отношениях, связанных с врачебной тайной, а также действующих принципов отношений врач-пациент.

В конечном итоге это свидетельствует об определенных дефектах в юридической охране интересов пациента и членов его семьи — основных защитников достоинства пациента после его смерти, что представляется недопустимым. В своем решении Конституционный Суд РФ фактически переложил ответственность за ликвидацию соответствующих дефектов на законодателя. Поэтому нам остается ждать реакции последнего на возникшую ситуацию и это ожидание имеет все шансы стать долгим. В то же время, если в России проблема с доступом родственников умершего пациента возникла лишь недавно, а до этого особых проблем с подобным доступом не было, то в западных странах, напротив, данная проблема только недавно начала решаться: такой доступ был родственникам не так давно разрешен³⁷. Таким образом, с 2012 г. с помощью судебной практики, значение которой здесь трудно переоценить, мы успешно стали двигаться в обратном направлении — удаляться от существовавшей ранее способов защиты достоинства умершего пациента и, соответственно, гиппократовых принципов медицины.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СВЯЗИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТСОРСИНГА

**Ковалевский А. М.,
член Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

³⁵Определение КС РФ от 9 июня 2015 г. № 1275-О.

³⁶В частности, авторам настоящей работы не удалось найти судебных решений, связанных со спорами в отношении предоставления родственникам умерших пациентов доступа к медицинской документации последних, которые бы были приняты судами к рассмотрению до 2012 г. — до года вступления новых Основ о здоровье в действие.

³⁷См. напр.: (1) Закон Испании об автономии пациента. Статья 18; (1) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; (2) Кодекс общественного (публичного) здоровья Франции — статья L1110-4 Code de la santé publique; (3) Германское гражданское уложение — § 630g (3) Bürgerliches Gesetzbuch (эта норма введена в действие 26 февраля 2013 г.).

Аннотация

В статье рассматриваются правовые проблемы приготовления лечебного питания для пациентов в стационарных медицинских организациях психиатрического профиля, возникающие в связи с использованием аутсорсинга. В ней исследуются конституционные и исторические проблемы, связанные с обеспечением равного отношения к пациентам, страдающим психическими заболеваниями. Рассматриваются юридические гарантии надлежащего исполнения переданных в аутсорсинг функций.

Ключевые слова

Правовые проблемы, аутсорсинг, приготовление пищи, лечебное питание, стационарная медицинская организация, пациент, психическое заболевание, Конституция, исторические проблемы, равное отношение, юридические гарантии, надлежащее исполнение.

THE LEGAL ISSUES OF ORGANISING DIETETIC NUTRITION SERVICES FOR PATIENTS IN PSYCHIATRIC HOSPITALS ARISING IN CONNECTION WITH USING OUTSOURCING

Kovalevsky A. M.,
Member of Association for Medical Law of Saint Petersburg,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

This paper considers legal issues of organising dietetic nutrition services for patients in psychiatric hospitals arising when using outsourcing. The constitutional and historical issues connected with ensuring equal treatment of mentally ill patients are investigated. The legal guarantees of proper execution of the functions given to outsourcing services are considered.

Key words

Legal issues, outsourcing, cooking, dietetic nutrition, hospital, patient, mental disease, Constitution, historical issues, equal treatment, legal guarantees, proper execution.

Введение. В Законе РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее — Закон о психиатрической помощи) практически отсутствуют нормы, регулирующие приготовление лечебного питания для лиц, страдающих психическими расстройствами. Вследствие этого может создаться впечатление, что законодатель не уделяет данной проблеме особого внимания. Однако это не так. В данном случае им просто используется такой прием юридической техники как отсылочные (бланкетные) нормы. То есть, нормы, ориентирующие (прямо либо косвенно) на распространение действия норм других законов, регулирующих поведение людей и лечение больных, на лиц, страдающих психическими расстройствами — в том числе, в части их лечебного питания. При этом в нашем случае данный подход имеет не только законодательные, но и конституционные основания.

Согласно статье 19 (часть 2) Конституции РФ государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. В этой норме закреплен конституционный принцип равенства — или, фактически, некое консти-

туционное «право на равенство». И данное право, также как и иные конституционные права и свободы, может быть (при определенных условиях) ограничено. Это следует из нормы статьи 55 (часть 3) Конституции РФ, которая предусматривает, 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.

Из содержания приведенных конституционных норм можно заключить, что существование одного лишь такого обстоятельства, как наличие у человека психического заболевания — в отсутствие других обстоятельств (например, его недееспособности и (или) реальной возможности причинения им вреда окружающим), не может являться основанием для ограничения его прав и свобод. Именно это и провозглашает Преамбула Закона о психиатрической помощи, конкретизирующая конституционный принцип равенства: «*психическое расстройство не может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку*». В нормах пункта 1 статьи 5 Закона о психиатрической помощи тот же самый конституционный принцип («право на равенство») — совместно с консти-

ционным положением об ограничениях данного права, конкретизируется несколько иным образом. Отличием служит то, что данная конкретизация в большей степени юридизирована. В ней, в частности, используются такие юридические конструкции, как «право», «свобода», «закон», «ограничение» и т. д.

Нормы пункта 1 статьи 5 Закона о психиатрической помощи гласят: *«Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации»*. По своей природе данные нормы представляют собой отсылочные (бланкетные) нормы. Они, по общему правилу (то есть, за исключением отдельных случаев, предусмотренных законом), фактически ориентируют на применение общего нормативного правового регулирования, действующего в отношении лиц, не страдающих психическими расстройствами.

Отсюда, в частности, следует, что на лечебное питание лиц с психическими расстройствами, находящихся в стационарных медицинских организациях психиатрического профиля, в том числе, на приготовление для них этого питания — то есть, на технологическую обработку используемых пищевых продуктов, распространяется действие общих норм регулирующих лечебное питание пациентов, которые больны другими заболеваниями. Подобное утверждение может показаться очень простым, даже тривиальным, не требующем акцентирования на нем особого внимания. Однако, это совсем не так, и история отношений, связанных с питанием лиц, страдающих психическими расстройствами, может служить тому убедительным подтверждением. А тот, кто игнорирует историю, рискует ее повторить.

Исторические предпосылки введения юридической защиты, обеспечивающие равное отношение (в части питания) к лицам, страдающим психическими заболеваниями. Г. Дж. Берман — один из выдающихся современных историков права, утверждает: *«недостаточно пытаться интерпретировать или объяснять правовое правило (или понятие, ценность или учреждение) сугубо с помощью логики, политики или справедливости; чтобы преуспеть, надо обратиться к тем обстоятельствам, которые породили его, и к тем событиям, которые влияли на него со временем»*¹. В связи с этим обратимся, прежде всего, к возникновению психиатрии, как современной науки. К. Дернер утверждает, что на возникновение психиатрии оказало значительное влияние направление того социального движения, которое появилось в Западной Европе в XVI веке и в течение этого века коренным образом

изменило социальный ландшафт последней². Наступил так называемый «век разума», характеризуемый ростом меркантилизма и возникновением просвещенного абсолютизма, параллельно с которыми была осуществлена новая жесткая организация социального пространства.

К. Дернер указывает, что, организуя социальное пространство жестким образом, «просвещенная» власть стремилась: *«упрятать за решетку все формы общественного неразумия ... Так сразу оказались скрыты и «обезврежены» нищие и бродяги, нищие, безработные и не имеющие профессии, преступники, политически ненадежные и еретики, проститутки, развратники, сифилитики и алкоголики, сумасшедшие, идиоты и чудаки, но и нелюбимые жены, совращенные дочери и промотавшие состояние сыновья. Европа впервые покрылась чем-то вроде сети концентрационных лагерей для людей, которые были сочтены неразумными»*³.

Далее он продолжает: *«С этой целью в 1657 году в Париже несколько старых учреждений объединились в гигантский Общій госпиталь (Hôpital general), который занял концентрационной деятельностью... В Германии создание воспитательных, исправительных и рабочих домов началось в Гамбурге в 1620 году... Тот же самый процесс начинается в Англии значительно раньше и имеет свои отличительные черты. Предписания об учреждении исправительных домов появились уже в 1575 году»*⁴. При этом в Средние Века, указывает К. Дернер, соответствующих «неразумных» относили к сфере божественного провидения (божественной воли). Что же касается эпохи Возрождения, то в эту эпоху «неразумие» было перенесено в сферу мирского бытия, однако, по общему правилу, без осуществления массовой изоляции его представителей от общества. В «век просвещения» свобода и возможности «неразумных» — в их число попали также лица, страдающие психическими расстройствами, стали радикальным образом ограничиваться властью.

Население было фактически разделено на две группы — «разумных» и «неразумных», причем лица, находящиеся в первой группе и составляющие основную часть общества, имели относительную свободу устремлений и действий, а помещенные во вторую — практически лишались всего этого. Они отправлялись в воспитательные, исправительные и рабочие дома, а также в общины госпитали. Причем во вторую группу были включены как преступники, так и просто больные или социально уязвимые люди, что в условиях современных взглядов на мир представляется совершенно необоснованным и несправедливым. Однако, такое неравенство возможностей считалось разумным в «век просвещения», в том числе, считалось разумным и отсутствие у лиц, страдающих психическими

¹ Берман Г. Дж. Западная традиция права: эпоха формирования — М., 1994. С. 33.

² Дернер К. Гражданин и безумие. К социальной истории и научной социологии психиатрии М., 2006. С. 37–38.

³ Там же.

⁴ Там же.

расстройствами, тех же самых прав и свобод, что и у иных людей. Это позволяет рассматривать норму пункта 1 статьи 5 Закона о психиатрической помощи в качестве юридической гарантии того, что подобное в наше время больше не повторится.

В Западной Европе XVI века неравенство лиц, страдающих психическими расстройствами, сказывалось и на такой аспект их положения, как питание. Т. Уиллис — один из авторитетных в то время английских врачей, в своей работе по неврологии, изданной в 1678 г., рекомендовал, в частности, чтобы пища (diet) «буйных помешанных (Furious Madmen)» была «скудной и малопривлекательной (slender and not delicate)».⁵ В обоснование этого он приводил следующие доводы: «Для излечения безумных нет ничего более действенного и необходимого, чем их благоговение перед теми, кого они считают своими мучителями ... Буйные помешанные быстрее излечиваются в тесных помещениях, посредством наказаний и грубого обращения, чем с помощью лекарств и врачебного искусства»⁶.

В X веке нашлись врачи и ученые, которые «творчески и радикально развили» рекомендацию Т. Виллиса о применении в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, скудного питания (совместно с наказанием и грубым обращением)⁷. Одним из них был Г. Пфаннмуллер (Pfannmuller)⁸. Он являлся директором известного германского педиатрического института и работал в нем во времена фашистской Германии. Г. Пфаннмуллер участвовал в программе эвтаназии и в целях ее реализации последовательно сокращал объем пищи, предоставляемой детям с психическими расстройствами, которые находились в его институте, в результате чего дети умирали от истощения. Вероятнее всего, сам Т. Виллис совсем не желал бы подобных прецедентов, но, как известно, история не знает сослагательного наклонения. Кроме того, в психиатрических больницах фашистской Германии использовали так называемую «диету — Е» — особую безжировую диету, причинявшую страдания пациентам и приводившую через три месяца к их смерти⁹.

С такой предысторией предоставления питания лицам с психическими расстройствами, находящимся в стационарных медицинских организациях, необходимо серьезно задуматься о том, чтобы ситуация, подобная имевшей место в Англии XVI века и в фашистской Германии, никогда больше не повторилась. Как представляется, одной из значимых юридических

гарантий этого является закрепленное в российских стандартах психиатрической помощи правило, согласно которому в отношении питания лиц, страдающих психическими расстройствами и находящихся в стационарных медицинских организациях, применяется основной вариант стандартной диеты¹⁰. Отметим, что данный вариант диеты, а также отношения по приготовлению входящих в нее блюд, закреплены в нормативных правовых актах, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ» (далее — Приказ № 330).

Из содержания одного из таких актов — Характеристики, химического состава и энергетической ценности стандартных диет, применяемых в ЛПУ (в больницах и др.), которая оформлена в виде Таблицы 1 к Инструкции по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях и утверждена Приказом № 330, можно заключить, что основной вариант стандартной диеты представляет собой диету, применяемую практически ко всем больным. То есть, лица, страдающие психическими расстройствами и находящиеся в стационарных медицинских организациях, должны питаться, по меньшей мере, не хуже, чем остальные больные. Если, конечно, нет каких-либо медицинских противопоказаний, связанных, например, с тем, что потребление тех или иных пищевых продуктов несовместимо с применяемой в отношении них лекарственной терапией¹¹. Подобное равное отношение к лицам, страдающим психическими расстройствами, представляет собой конкретизацию в подзаконных актах (Стандартах) общих положений, закрепленных в части 1 статьи 5 Закона о психиатрической помощи.

Юридические проблемы аутсорсинга приготовления лечебного питания для пациентов с психическими расстройствами. Согласно пункту 1 статьи 5 Закона о психиатрической помощи на лиц, страдающих психическими расстройствами, распространяется, по общему правилу, действие всех норм, которые применяются к тем, у кого нет таких расстройств. В том числе, на них распространяется действие норм о приготовлении лечебного питания, предусмотренных общим законодательством об охране здоровья граждан, а также соответствующими подзаконными актами. Основные положения о лечебном питании закреплены в нормах статьи 39 Феде-

⁵ Willis T. An Essay of the Pathology of the Brain and nervous Stock // The remaining medical Works of Willis — London, 1681. Приводится по работе: Дернер К. Цит. соч. С. 51, 451–452. См. дополнительно: Жмуркин В. П., Чалова В. В. История необыкновенной книги. К 350-летию первого издания книги Т. Уиллиса (1621–1675) «Cerebri anatome» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2014, № 5. С. 56–61.

⁶ Там же.

⁷ Автор благодарен М. А. Ковалевскому, обратившему его внимание на данное обстоятельство.

⁸ Burleigh M. Death and deliverance: “euthanasia” in Germany c. 1900–1945 — Cambridge, 1994. P. 45–46; Strous R. D. Психиатры Гитлера: врачи и их преступления против человечества в нацистской Германии // Дневник психиатра, 2012, № 2. С. 18–20.

⁹ Кранах М. Уничтожение психически больных в нацистской Германии в 1939–1945 гг. // Независимый психиатрический журнал, 2006, № 3.

¹⁰ См. напр.: Стандарт специализированной медицинской помощи при органических психотических расстройствах, утвержденный приказом Минздрава РФ от 24 декабря 2012 г. N 1449н; Стандарт специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазы, с резистентностью, интолерантностью к терапии, утвержденный приказом Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. № 1233н.

¹¹ См.: Виттхен Г.-У. Энциклопедия психического здоровья — М., 2006. С. 103.

рального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы о здоровье). Согласно норме части 2 статьи 39 Основ о здоровье: «*Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий, включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.*».

Данная норма закрепляет то известное, как минимум со времен Гиппократ, правило, что надлежащее врачевание невозможно без использования надлежащего питания¹². Существование и реализация данного правила в течение более двух тысяч лет, а также его закрепление в законе (Основах о здоровье) — с учетом того, что право на медицинскую помощь представляет собой конституционное право, служит основанием для признания за лечебным питанием конституционной (естественно-правовой) значимости. При этом, с учетом обстоятельств, имевших место в Англии XVI века и в фашистской Германии — в части питания больных с психическими расстройствами, должны существовать достаточные эффективные гарантии того, что в отношении подобных больных указанное гиппократово правило будет неукоснительно исполняться. Историческая память предполагает, что для лиц, страдающих психическими заболеваниями и находящихся в стационарных медицинских организациях психиатрического профиля, надлежащее лечебное питание — это не просто неотъемлемая часть лечебного процесса, то есть, важное медицинское благо. Оно представляет собой **важнейшее** медицинское благо, которое должно в надлежащие сроки, в надлежащем объеме и с надлежащим качеством обязательно предоставляться лицам, страдающим психическими заболеваниями и находящимся в больницах.

Риск ненадлежащего питания таких пациентов должен быть исключен, что предполагает надежность всех механизмов предоставления лечебного питания и, в первую очередь, надежность такого важного этапа его предоставления, как приготовление питания. Согласно смыслу части 2 статьи 39 Основ о здоровье ненадлежащим образом приготовленное питание — то есть, питание, не *подвергшееся соответствующей технологической обработке*, не может считаться лечебным питанием. Подобное обстоятельство предполагает, в частности, необходимость осуществления эффективного контроля за приготовлением лечебного питания аутсорсером — в части, например, использования для этого надлежащих процессов обработки, кухонного инвентаря и пищевых продуктов. То есть

тех, что предусмотрены ныне действующими нормативными правовыми актами по лечебному питанию.

Аутсорсинг функций — это достаточно сложный и тонкий экономико-юридический механизм. Его **аналогом** может, как представляется, служить следующая ситуация. В организме человека **ампутируется** один из органов, выполнявших функцию (роль), необходимую для стабильного существования и деятельности этого организма в целом. После этого ампутируемый орган заменяется взятым извне трансплантатом или созданным вовне «**протезоподобным имплантатом**» либо внешним медицинским устройством (далее будем именовать их как «имплантат» или «протезоподобный имплантат»)¹³.

Очевидно, что **подобная операция оправдана** только в том случае, когда:

- 1) ампутируемый (естественный) орган совершенно (радикально) не справляется со своей функцией (ролью) в организме;
- 2) «протезоподобный имплантат» способен исполнять возлагаемую на него функцию (роль) надежно, стабильно, непрерывно, качественно и эффективно — эффективно в биологическом, а также экономическом аспектах (т. е. обеспечивать достижение требуемых характеристик в рамках разумных затрат на его функционирование);
- 3) в результате «имплантации» единство (целостность) и достаточная автономия внутренней и внешней «работы» организма будут сохранены.

Приведем теперь общие **определения аутсорсинга** и передаваемой при аутсорсинге **функции**. Эти определения были даны и разъяснены в предыдущих работах автора¹⁴. После небольших уточнений указанных определений приводим следующие дефиниции.

Аутсорсинг (в экономико-юридическом смысле) представляет собой **привлечение** в рамках системы долгосрочных правоотношений с периодическим исполнением, возникающих на основании договора, в силу закона либо доминирующего участия в органах управления, некоего **лица (аутсорсера)**, специализирующегося на продаже или создании определенного материального либо нематериального **блага (товара, работы, услуги)** и обладающего **значительной свободой воли**, в целях осуществления функции по предоставлению данного блага **особому покупателю (заказчику)** — тому, кто **ранее осуществлял** (или **обычно должен осуществлять**) данную функцию **самостоятельно**.

У покупателя (заказчика) — до передачи соответствующей функции аутсорсеру, эта функция обычно осуществляется (или обычно должна осуществляться) определенным элементом его структуры (специальным структурным подразделением). В нашем случае — это

¹²Гиппократ. О древней медицине / Гиппократ. Избранные книги — М., 1936. С. 147–148. См. также по данному поводу: Губергриц А. Я., Линецкий Ю. В. Лечебное питание: Справ. пособие. 3-е изд. перераб. и доп. — К., 1989. С. 5.

¹³Ковалевский А. М. Определение и экономико-юридический смысл аутсорсинга (часть II) // Социальное и пенсионное право, 2016, № 1. С. 8.

¹⁴Ковалевский А. М. Определение и экономико-юридический смысл аутсорсинга (часть I) // Социальное и пенсионное право, 2015, № 4. С. 8; Ковалевский А. М. Определение и экономико-юридический смысл аутсорсинга (часть II) // Социальное и пенсионное право, 2016, № 1. С. 7.

пищевые блоки больницы. Что же касается самой функции, то под ней следует понимать **роль** (участие), которую соответствующий элемент структуры покупателя (заказчика) играет в обеспечении существования и эффективной деятельности последнего как **единого целого** (в том числе, в решении его **задач** и **достижении целей**). Без надлежащего функционирования аутсорсера использование аутсорсинга будет действовать **разрушающе** на покупателя (заказчика) — в частности, на его автономность. Оно будет ставить последнего в **повышенную зависимость** от ненадежного аутсорсера и **обесценивать** этим саму идею использования аутсорсинга.

Правовые гарантии надлежащего исполнения аутсорсером переданных функций (его роли) по приготовлению лечебного питания. Сохранить структурное единство (целостность), достаточный уровень самостоятельности и стабильности деятельности медицинской организации позволяет выбор надлежащего аутсорсера (имплантата) и его должное «встраивание» в систему отношений по оказанию медицинской помощи. В частности, для обеспечения надлежащего (медицинского, а не только общего) качестваготавливаемого лечебного питания крайне важно постоянное и эффективное взаимодействие между аутсорсером и врачом-диетологом (медицинской сестрой диетической), работающими в медицинской организации. В том числе, осуществление последними эффективного текущего (а не только периодического) контроля: (1) за надлежащим **исполнением** аутсорсером переданной ему функции (роли) в части правильности закладки продуктов при приготовлении блюд, качества этих продуктов и пр., (2) за **подготовкой** к приготовлению этого питания (наличием, качеством и способами хранения пищевых продуктов, находящихся на складе, и т. д.).

Обратимся сначала к исследованию исходной ситуации. А именно, ситуации, когда рассматриваемая функция (приготовление лечебного питания) исполняется не аутсорсером (имплантатом), а в «естественном» для медицинской организации режиме. То есть, работниками самой медицинской организации, которые трудятся в ее структурном подразделении — «ампутируемом органе» (пищевом блоке). В этом случае в ТК РФ существуют надлежащие юридические основания для более подробного текущего контроля за соответствующими работниками. В ходе данного контроля руководством медицинской организации и уполномоченными лицами (врачом-диетологом или медицинской сестрой диетической) могут даваться указания работникам пищевого блока, обязательные для исполнения. Имеется также возможность относительно оперативно заменить тех из работников, кто не справляется с возложенной на него трудовой функцией (ролью).

Если же приготовление лечебного питания осуществляется в режиме аутсорсинга (с использованием «протезоподобного имплантата»), то основанием отношений с аутсорсером является гражданско-пра-

вовой договор. Попытка осуществления в этом случае тщательного контроля, подобного описанному выше, будет фактически нарушать императивные нормы гражданского права. Они предполагают невмешательство одного контрагента по гражданско-правовому договору (медицинской организации) в текущую деятельность другого контрагента по данному договору (аутсорсера)¹⁵. То есть, в случае использования механизма аутсорсинга тщательный текущий контроль за тем, надлежаще ли исполняет аутсорсер переданную ему функцию (роль), который предполагает, в том числе, дачу последнему указаний, обязательных для исполнения, имеет противоправный характер.

Необходимо отметить, что осуществление тщательного текущего контроля за приготовлением лечебного питания и дача обязательных указаний предусмотрены подзаконными нормативными актами — Положением об организации деятельности врача-диетолога и Положения об организации деятельности медицинской сестры диетической, которые утверждены Приказом № 330. Однако, так как — в случае использования аутсорсинга функции приготовления лечебного питания, соответствующие положения противоречат императивным нормам федерального закона (ГК РФ), то они не действуют. Не спасает ситуацию включение этих положений в договор аутсорсинга, так как условия договора также не могут противоречить императивным нормам федерального закона. Особо следует отметить, что использование медицинской организацией механизма аутсорсинга не снимает с нее юридическую ответственность перед пациентами за ненадлежащее качество приготовленного лечебного питания.

Появление в системе отношений, связанных с предоставлением лечебного питания, дополнительного субъекта — аутсорсера, в настоящее время не обеспечено надлежащими юридическими гарантиями надежности функционирования данного субъекта. Подобные гарантии должны формироваться не договором, а федеральным законом, опосредуя при этом специально формируемый организационный механизм «встраивания» аутсорсера (имплантата) в «тело» медицинской организации и осуществления за ним тщательного текущего контроля. Необходимость в таких гарантиях предполагает и то обстоятельство, что обычно аутсорсер — это коммерческая организация. Для подобной организации основной (и юридически признанной) целью деятельности — в отличие от медицинской организации, является не охрана здоровья пациентов, а получение прибыли¹⁶.

То есть, охрана здоровья пациента является для коммерческой организации — аутсорсера, согласно закону (ГК РФ), целью второстепенной. Таким образом, появление подобного аутсорсера в отношениях по предоставлению лечебного питания пациентам рождает очевидный конфликт интересов между ним и медицинской организацией. А любой такой конфликт обычно отрицательно сказывается на достижении ме-

¹⁵См. нормы пункта 1 статьи 715 и статьи 783 ГК РФ, взятые в системной связи.

¹⁶Пункт 1 статьи 50 ГК РФ.

дицинских целей. Именно вследствие этого в сфере здравоохранения, то есть там, где осуществляется охрана высшей ценности человека — его здоровья, существование конфликтов интересов обычно специальным образом урегулируется, причем не договором, а непосредственно законом¹⁷.

Еще один аспект, который препятствует использованию медицинскими организациями аутсорсинга приготовления лечебного питания — по меньшей мере, теми из них, кто оказывает бесплатную медицинскую помощь, указан М. А. Ковалевским. Этот аспект связан с содержанием нормы статьи 41, часть 1 Конституции РФ, закрепляющей, в частности, право гражданина на получение бесплатной медицинской помощи. Согласно данной норме эта помощь должна оказываться гражданину государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. Анализируя эту норму М. А. Ковалевский отмечает: «*Так как согласно нормам ч. 1, ст. 41 Конституции РФ и п. 1, ст. 32 Закона об основах [охраны здоровья — А.К.] медицинская помощь оказывается учреждениями здравоохранения (медицинскими организациями), то и мероприятия по приготовлению пищевых рационов лечебного питания на пищеблоке также должны осуществляться самими этими учреждениями (организациями). Подобное обстоятельство свидетельствует о том, что аутсорсинг данных мероприятий в настоящее время фактически запрещен законом*»¹⁸.

В настоящее время у аутсорсинга приготовления лечебного питания, основанного на гражданско-правовом договоре, отсутствует не только юридическая эффективность (обеспеченность). Договорный режим аутсорсинга, как показывают исследования, обычно является не эффективным и в экономическом плане. Так, например, авторитетная американская негосударственная организация Project On Government Oversight («Проект, ориентированный на надзор за властью», далее — POGO) опубликовала в 2011 г. результаты исследований, согласно которым передача исполнения публичных функций на основе договора частным организациям в целях получения лучшего результата с меньшими затратами, этой своей экономической цели не достигла.¹⁹

POGO, в частности, утверждает, что обычно анализ различий в уровне оплаты услуг организаций част-

ного и публичного секторов «*в значительной степени основывается на теоретическом предположении, согласно которому при аутсорсинге услуг публичные власти платят частному сектору цену, имеющую компенсаторный характер. Настоящий отчет доказывает, что на практике имеет место иное: власти фактически оплачивают услуги стороны договора [аутсорсера] по ценам, которые намного превышают те затраты, что сопутствуют осуществлению работниками публичного сектора аналогичных функций*»²⁰.

Все сказанное не означает и не может означать, что общий механизм аутсорсинга не может быть, в принципе, эффективным в юридическом, экономическом и медицинском аспектах. Примером эффективного аутсорсинга может, как было указано в предыдущей работе автора, служить механизм российского обязательного медицинского страхования, в котором участвуют коммерческие страховые медицинские организации — аутсорсеры²¹. Они призваны исполнять переданную им часть функций (роли) публичного страховщика — Федерального фонда обязательного медицинского страхования). Отношения в сфере обязательного медицинского страхования регулируются специальным законом, юридически обеспечивающим надлежащее «встраивание» страховых медицинских организаций в обязательное медицинское страхование и осуществление необходимого контроля за исполнением ими переданной части функций (роли).

В отличие от этого использование аутсорсинга в целях передачи медицинской организацией функции по приготовлению лечебного питания сторонней организации (аутсорсеру) таких организационных и юридических гарантий — как свидетельствует проведенное в настоящей работе исследование, не имеет. В подобной ситуации реальная юридическая, экономическая и медицинская эффективность подобного аутсорсинга представляется крайне проблематичной. Уровень гарантий, обеспечивающих необходимую эффективность аутсорсинга, не отвечает тем повышенным (исторически обусловленным) требованиям, которые должны предъявляться к гарантиям надлежащего лечебного питания лиц, страдающих психическими заболеваниями и находящихся в стационарных медицинских организациях психиатрического профиля.

¹⁷ См. напр. статью 75 Основ о здоровье.

¹⁸ Ковалевский М. А. Некоторые правовые проблемы аутсорсинга лечебного питания в государственных и муниципальных больницах // Петербургский юрист, 2015, № 3(7). С. 70.

¹⁹ Bad Business: Billions of Taxpayer Dollars Wasted on Hiring Contractors. Washington, 2011. P. 1–44.

²⁰ Bad Business: Billions of Taxpayer Dollars Wasted on Hiring Contractors. Washington, 2011. P. 1–44. Перевод дается по работе: Ковалевский М. А. Некоторые правовые проблемы аутсорсинга лечебного питания в государственных и муниципальных больницах // Петербургский юрист, 2015, № 3(7). С. 72.

²¹ Ковалевский А. М. Определение и экономико-юридический смысл аутсорсинга (часть I) // Социальное и пенсионное право, 2015, № 4. С. 4.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ (НА ПРИМЕРЕ ФРГ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ) И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ*

Пазына Е. О., к. ю. н., доцент кафедры европейского права
и сравнительного правоведения,
ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»,
Саратов, Российская Федерация

Аннотация

В данной статье анализируются организационные, финансовые и правовые инструменты охраны психического здоровья в Европейском Союзе и России. Автор исследует вопросы деинституционализации и общинного ухода. Отмечается возможность использования европейского опыта охраны психического здоровья в России.

Ключевые слова

Европейский Союз, ФРГ, Великобритания, Россия, охрана психического здоровья, психические заболевания, финансирование здравоохранения, деинституционализация, общинный уход, Европейский пакт о психическом здоровье и благополучии.

LEGAL ASPECTS OF MENTAL HEALTH IN THE EUROPEAN UNION (THE EXAMPLE OF GERMANY AND THE UK) AND THE RUSSIAN FEDERATION

Pazyна E. O., PhD (Law),
Associate Professor at the Department of European and Comparative Law of the
Federal State-Funded Institution for Higher Education "Saratov State Law Academy",
Saratov, Russian Federation

Abstract

In this article, organizational, financial and legal instruments for mental health in the European Union and Russia are analyzed. The author investigates deinstitutionalisation and community care issues. The possible use of European mental health in Russia is noted.

Key words

The European Union, Germany, the United Kingdom, Russia, mental health, mental illness, healthcare financing, deinstitutionalisation, community care, European pact for mental health and well-being.

Охрана психического здоровья населения является одной из важнейших и актуальных задач любого государства. Успешное ее выполнение во многом предопределяет дальнейшее поступательное развитие соответствующей страны. Напротив, отсутствие должного внимания к указанной проблеме порождает значительные экономические и социальные трудности.

По данным исследования, проведенного группой ученых под руководством представителей Гарвардской школы общественного здравоохранения и Всемирного экономического форума, совокупный ущерб, причиненный психическими заболеваниями мировой эконо-

мике в 2010 г., составил 2500 млрд долларов США, к 2030 г. прогнозируется увеличение указанного значения до 6000 млрд долларов США. Эти цифры превышают соответствующие экономические потери 2010 и 2030 гг. от рака (290 и 458 млрд долларов США), сердечнососудистых заболеваний (863 млрд и 1040 млрд долларов США) и диабета (500 и 745 млрд долларов США). При этом совокупные расходы на здравоохранение в мире в 2009 г. составили 5100 млрд долларов США [1]¹.

В 30-ти государствах Европы ежегодный ущерб от психических расстройств (по состоянию на 2012 г.)

* Статья выполнена при поддержке Союза «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья» в рамках научного исследования «Правовое регулирование охраны психического здоровья в государствах Европейского Союза (на примере ФРГ и Великобритании) и Российской Федерации: организационные и финансовые аспекты».

¹ Все цифры в данном абзаце приведены в ценах 2010 г.

² См. Mental health in all policies. Situation analysis and recommendations for action / Joint Action on Mental Health and Well-being // [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP %20Final.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP_%20Final.pdf) (дата обращения: 11.01.2016).

оценивался в 520 млрд евро². Применительно к 28-ми государствам-членам Евросоюза (по состоянию на начало 2016 г.) указанное значение превысило 450 млрд евро³.

Комплексный характер задач по охране психического здоровья обуславливает целесообразность интеграции в ее рамках усилий различных элементов механизма государственного управления, разработки межведомственных подходов по их решению, вовлечения в данные процессы представителей частного сектора.

Изучение систем охраны психического здоровья, функционирующих в рамках Европейского Союза и его признанных государств-лидеров в данной сфере — ФРГ и Великобритании, их правовых, организационных и финансовых наработок представляет несомненный интерес для совершенствования соответствующей деятельности в Российской Федерации. Учет европейского опыта поможет нашей стране эффективнее обеспечить высокий уровень психического здоровья ее населения, что будет способствовать улучшению экономической и демографической ситуации.

Анализ правового регулирования охраны психического здоровья в государствах Европейского Союза (на примере ФРГ и Великобритании) и Российской Федерации позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, психические заболевания являются серьезной проблемой для исследуемых европейских государств, наносящей многомиллиардный ущерб их экономикам (порядка 3–4% валового внутреннего продукта Европейского Союза)⁴. Несмотря на предпринимаемые в данной сфере меры, существует тенденция к увеличению указанного ущерба в будущем. Эти факторы делают необходимым консолидацию государственных и частных усилий в сфере охраны психического здоровья.

Во-вторых, в соответствии с учредительными договорами Европейский Союз обладает весьма ограниченными полномочиями в области охраны психического здоровья, дополняющими национальную политику его государств⁵. В то же время, осознавая важность развития указанной сферы, он разработал ряд правовых и организационных инструментов, отражающих ее тренды и координирующих соответствующие усилия его государств-членов.

Стратегическое значение в области охраны психического здоровья в Европе приобрел Европейский

пакт о психическом здоровье и благополучии 2008 г.⁶ (далее — Пакт). Он обозначил пять приоритетных направлений деятельности и необходимые меры для решения наиболее актуальных проблем в данной сфере: профилактика депрессии и суицида; психическое здоровье молодежи и образование; психическое здоровье на рабочем месте; психическое здоровье пожилых людей; борьба со стигмой и социальной изоляцией. О поддержке Пакта заявили правительства Великобритании и Германии, а также ряд европейских организаций, функционирующих в сфере охраной психического здоровья⁷.

Основным инструментом, аккумулирующим информационные базы о ходе исполнения Пакта, стал Компас ЕС для действий по охране психического здоровья и благополучия — интернет портал, созданный в 2009 г. Он содержит четыре вида ресурсов: во-первых, коллекцию примеров успешной практики создания как программ, так и политик, разработанных на международном, национальном или региональном уровнях; во-вторых, политические документы, рекомендации и декларации, в том числе, национальные или региональные, планы и стратегии охраны психического здоровья, а также подборка ключевых документов Европейской комиссии; в-третьих, отчеты и исследования, охватывающие общие вопросы психического здоровья или конкретные темы, связанные с приоритетными его областями; в-четвертых, ряд заявлений заинтересованных сторон, учреждений и государственных органов, демонстрирующих поддержку и готовность осуществлять в дальнейшем меры в области охраны психического здоровья⁸.

К одной из последних организационных инициатив Евросоюза в рамках реализации и развития положений Пакта относится Совместное действие по психическому здоровью и благополучию, функционировавшее в период с 1 февраля 2013 г. до 31 января 2016 г. Оно объединяло 51 партнера из 28 государств-членов ЕС, а также 11 европейских организаций⁹. По результатам Итоговой конференции, прошедшей с 21 по 22 января 2016 г. в Брюсселе (Бельгия) ее участники отметили необходимость продолжать деятельность, начатую в рамках работы Совместного действия по психическому здоровью и благополучию. Государствам-членам было предложено развивать и совершенствовать информационные системы с тем, чтобы регулярно собирать и консолидировать информацию и содействовать использованию существующей

³См. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing / EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing: Final Conference — Brussels, 21–22 January 2016 // http://mkt.newsletter-leading.net/recursos/07b2fc743cf9758aa2fce08e011f451/Image/files/Framework_for_action.pdf (дата обращения: 23.01.2016).

⁴См. Green Paper — Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union COM(2005) 484 final / Commission of the European Communities. — Brussels, 14.10.2005. P. 4.

⁵См. arts. 4, 168 (1, 7) Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union // Official Journal C 326, 26/10/2012. P. 47–199.

⁶См. European pact for mental health and well-being established by the EU high-level conference 'Together for Mental Health and Well-being' held in Brussels on 13 June 2008 — http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_en.pdf (дата обращения: 12.01.2016).

⁷См. Mental health and Well-being — Support Statements // Сайт Европейской комиссии. — http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/statements/index_en.htm#s16 (дата обращения: 20.01.2016).

⁸См. EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being — http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_en.htm (дата обращения: 22.01.2016).

⁹См. The Joint Action — <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action#the-joint-action-for-mental-health-and-well-being> (дата обращения: 22.01.2016).

щих данных для контроля за осуществлением политики в области психического здоровья. Европейской комиссии также предлагается продолжить деятельность в указанной сфере, предоставляя прочим заинтересованным сторонам дополнительные возможности в рамках программ, финансовых средств и инструментов Евросоюза, способных содействовать выполнению рекомендаций конференции. Кроме того, указанные выше субъекты были приглашены к сотрудничеству по реализации Европейского рамочного плана действий по психическому здоровью и благополучию в рамках существующих приоритетных направлений¹⁰.

В-третьих, ФРГ и Великобритания демонстрируют высокий уровень охраны психического здоровья населения. Данные государства заняли лидирующие позиции по результатам исследования, охватившего 30 европейских стран (28 государств-членов ЕС, Швейцария и Норвегия). Оно было проведено в 2014 г. аналитическим подразделением группы компаний Economist Group, издателя журнала Economist (The Economist Intelligence Unit) и профинансировано компанией Янссен (Janssen — фармацевтическое подразделение международной корпорации Johnson & Johnson)¹¹. Его итоговые результаты формировались на основе 100-бальной оценки 4-х факторов, по которым ФРГ и Великобритания получили следующие значения:

- окружающая среда (наличие или отсутствие политики и условий, позволяющих людям с психическими заболеваниями, насладиться стабильным домом и семейной жизнью, включая такие показатели, как наличие надежного жилья и финансовая поддержка): ФРГ и Великобритания — 100 баллов (1 место);
- доступ (наличие или отсутствие политики и условий, обеспечивающих доступ людей с психическими заболеваниями к здравоохранению и социальным услугам, включая такие показатели, как информационно-пропагандистские программы для обеспечения информированности о соответствующих услугах): ФРГ — 86,5 баллов (1 место), Великобритания — 72 балла (7–8 место вместе с Нидерландами);

- возможности (наличие или отсутствие политических мер, которые помогают людям с психическими заболеваниями найти работу, продолжать работать и трудиться, не испытывая дискриминации): ФРГ — 77,8 баллов (5 место вместе с Нидерландами, Норвегией и Испанией), Великобритания — 72,2 балла (9 место вместе с Люксембургом и Польшей);
- управление (наличие или отсутствие политических мер по борьбе со стигмой в отношении людей с психическими заболеваниями, включая такие показатели, как кампании по повышению осведомленности и политика поощрения вовлечения людей с психическими заболеваниями в процесс принятия соответствующих решений) ФРГ — 75 баллов (4 место вместе с Люксембургом), Великобритания — 87,5 баллов (1 место).

ФРГ и Великобритания выделяют значительные финансовые средства на решение проблем в сфере охраны психического здоровья и обладают разветвленной организационной системой, акцентированной на деинституциализацию и осуществление общинного ухода. Первое из указанных государств в 2013 г. потратило на охрану психического здоровья порядка 35 млрд евро или 11% расходов на здравоохранение, второе — 21 млрд фунтов стерлингов (примерно 25 млрд евро по кросс курсу октября 2013 г.) или 14% [3; 5]¹². При этом в Великобритании указанный уровень финансирования, особенно направляемого на проведение соответствующих научных исследований, отмечается как недостаточный [4, р. 61]¹³. В Российской Федерации объем средств, выделенных на расходы в области охраны психического здоровья в 2014 г., составил примерно 46,6 млрд рублей (примерно 1 млрд евро по курсу июня 2014 г.) или 1,84% от общих бюджетных расходов на здравоохранение¹⁴. В нашей стране, также как и в Европе, активно ведутся процессы деинституциализации в сфере охраны психического здоровья.

В-четвертых, в ФРГ центральное место в системе финансирования охраны психического здоровья занимают средства, привлекаемые за счет обязательного социального страхования (69,7%). В Великобритании основным источником доходов является общее налогообложение, а поддержка указанной сферы ведется

¹⁰См. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing / EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing: Final Conference — Brussels, 21–22 January 2016 — *ibid*.

¹¹См. Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries. A report from The Economist Intelligence Unit // https://www.janssen.ie/sites/stage-janssen-ie.emea.cl.datapipe.net/files/FINAL_%20WHITE%20PAPER%20-%20PHIRPSY10140001_v1.0.pdf (дата обращения: 27.01.2016); Mental Health & Integration // <http://mentalhealthintegration.com/#/> (дата обращения: 27.01.2016).

¹²См. Statistisches Jahrbuch 2015. Deutschland und Internationales / Statistisches Bundesamt. — Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2015. S. 141–142.

¹³См. UK Mental Health Research Funding. MQ Landscape Analysis, April 2015 P. 4, 7, 11 — http://b3cdn.net/joinmq/1f731755e4183d5337_arm6b0gll.pdf (дата обращения: 05.02.2016).

¹⁴См. Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение // http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_34/IssWWW.exe/Stg/07-04.doc (дата обращения: 22.02.2016 г.); Резолюция XVI Съезда психиатров России — <http://psychiatr.ru/news/475> (дата обращения: 03.02.2016 г.).

¹⁵См. Financing of health care — http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2015-en/09/04/index.html?contentType=%2fns%2fChapter%2c%2fns%2fStatisticalPublication&itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2015-62-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&accessItemIds=&_csp_=ec071cb27a75510e3c2577378800a294 (дата обращения: 27.01.2016); Health at a Glance 2015: OECD Indicators / OECD. — Paris: OECD Publishing, 2015. P. 171.

за счет бюджета (83,3%)¹⁵. Осуществляемый в России переход на систему одноканального финансирования по многим признакам схож с немецкой системой. В тоже время, следует принимать во внимание гораздо меньший объем средств, который возможно привлечь в рамках отечественного обязательного медицинского страхования с учетом сложной экономической ситуации в нашей стране. В данной ситуации представляется целесообразным осуществлять дополнительную бюджетную поддержку охраны психического здоровья в РФ для обеспечения необходимых объемов финансирования нужд пациентов и субъектов, задействованных в процессах профилактики, лечения и реабилитации, в том числе, для поддержки научных исследований, повышения квалификации персонала и совершенствования материальной базы, включая закупку новейшего оборудования и препаратов.

В-пятых, успешными инструментами правового регулирования сферы охраны психического здоровья в условиях меньшего объема средств (по сравнению с ФРГ) служат специализированные государственные стратегии, разработанные правительством Великобритании и широко применяемые для решения основных проблем, существующих в данной области. В качестве их отдельных примеров можно привести следующие инициативы.

Межправительственная стратегия «Нет здоровья без психического здоровья» (No health without mental health), запущенная в 2011 г., вводит новый взгляд на общественное здоровье и благополучие. Ее реализация должна привести к достижению шести основных целей: больше людей будут психически здоровы; больше людей с психическими расстройствами будут восстанавливаться; больше людей с проблемами с психическим здоровьем будут иметь хорошее физическое здоровье; больше людей будут иметь положительный опыт ухода и поддержки; меньше людей будет страдать от вреда, которого можно избежать; меньше людей будут испытывать стигму и дискриминацию¹⁶.

Межведомственная стратегия по спасению жизни «Профилактика суицидов в Англии» (Preventing suicide in England A cross-government outcomes

strategy to save lives), разработанная Министерством здравоохранения в 2012 г. На момент выхода указанной стратегии каждые два часа в Англии человек погибал в результате суицида. Ее целями являются: во-первых, дальнейшее снижение количество самоубийств и, во-вторых, оказание поддержки лицам, потерявшим близких или пострадавшим в результате данного деяния¹⁷.

В рамках направления «Психическое здоровье на рабочем месте» Правительство Великобритании с 2005 г. применяет стратегию работы и благополучия для людей трудоспособного возраста «Здоровье, работа и благополучие — заботясь о нашем будущем»¹⁸.

В рамках реализации направления «Психическое здоровье пожилых людей» реализуется целый ряд национальных и местных инициатив, в том числе, национальная стратегия по борьбе с деменцией «Качественная жизнь с деменцией» (Living Well With Dementia: a national dementia strategy). На момент запуска стратегии в 2009 г. количество страдающих данным заболеванием в Великобритании было 700 тыс., оно причиняло ежегодный ущерб экономике на 17 млрд фунтов стерлингов. По прогнозам к 2039 г. количество заболевших должно увеличиться вдвое, а ущерб возрастет до 50 млрд фунтов в год¹⁹.

Приведенные выше инструменты обеспечили необходимый уровень сотрудничества государственного и частного секторов, повысив уровень осведомленности и позволив консолидировать усилия соответствующих субъектов. Важными компонентами при разработке указанных стратегий являются межведомственное взаимодействие и вовлечение частных заинтересованных лиц, включая пациентов и их близких, в данный процесс для наилучшего учета и удовлетворения их потребностей.

В Российской Федерации в настоящее время вопросы охраны психического здоровья затрагиваются в документах, посвященных вопросам здравоохранения в целом: «Развитие здравоохранения»²⁰; «Доступная среда» на 2011–2020 годы²¹; Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г.²²; план мероприятий на 2015–2017 годы по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017

¹⁶См. No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages / Her Majesty's Government – Department of Health, 02 February 2011. 100 p. — https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf (дата обращения: 13.02.2016).

¹⁷См. Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives / Prepared by Department of Health, 10 September 2012 — https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430720/Preventing-Suicide-.pdf (дата обращения: 07.02.2016).

¹⁸См. Health, work and well-being—Caring for our future. A strategy for the health and well-being of working age people — https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209570/health-and-wellbeing.pdf (дата обращения: 04.02.2016).

¹⁹См. Living well with dementia: A National Dementia Strategy / Department of Health, 3 February 2009 — https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168220/dh_094051.pdf (дата обращения: 10.02.2016); 2010 to 2015 government policy: dementia. Policy paper — <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-dementia/2010-to-2015-government-policy-dementia> (дата обращения: 10.02.2016).

²⁰См. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // *Собрание законодательства РФ*, 28.04.2014, № 17, ст. 2057.

²¹См. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы» // *Собрание законодательства РФ*, 07.12.2015, № 49, ст. 6987.

²²См. Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» // *Собрание законодательства РФ*, 14.01.2013, № 2, ст. 111.

годы²³; Концепция информационной безопасности детей²⁴.

В-шестых, важную функцию в Европе в области повышения осведомленности и информированности заинтересованных лиц в сфере охраны психического здоровья выполняют интернет-порталы, аккумулирующие информацию о поставщиках психиатрических услуг, удачных медицинских практиках, соответствующей правовой базе, а также разветвленная сеть телефонов доверия и онлайн ресурсов оказания помощи и консультирования. Указанные инструменты в последние годы начинают развиваться и в Российской Федерации.

В-седьмых, система общинного ухода в сфере психического здоровья, активно применяемая в ФРГ и Великобритании, показала большую эффективность, в том числе экономическую, по сравнению с оказанием медицинской помощи лишь в рамках психиатрических стационаров. В соответствии с докладом, представленным 23 сентября 2009 г. группой независимых экспертов, собранной по инициативе Владимира Шпидлы (Vladimír Špidla) (Европейский комиссар по трудоустройству, социальным вопросам и равным возможностям с 2004 по 2010 годы), среди основных проблем при переходе от институционального к общинному уходу выделяются следующие четыре фактора:

- излишние инвестиции в существующие учреждения;
- риск создания параллельных структур, когда при переходе к общинному уходу не происходит соответствующего закрытия специальных учреждений;
- слишком «институционализированные» альтернативы, создаваемые без учета индивидуальных потребностей и предпочтений пациентов или членов их семей;
- закрытие учреждений без предоставления альтернатив получения медицинской помощи, что приводит к снижению дифференциации размещения пациентов и их неправильному группированию, на-

пример, помещение детей раннего возраста с более старшими²⁵.

Кроме того, следует отметить, что процесс деинституционализации должен сопровождаться адекватным развитием общинных услуг, иначе он может привести к необоснованно долгому ожиданию получения необходимой помощи и усугублению негативных явлений, связанных с соответствующими заболеваниями. При этом даже в ФРГ и Великобритании указанные проблемы до сих пор не решены полностью. Время ожидания соответствующего лечения психотерапевта по месту жительства в Германии по данным исследования 2010 г. составляло примерно 80 дней, а в малых городах доходило до 104 дней [2, р. 233]. В соответствии с ежегодным отчетом Главного врача Великобритании за 2013 г. около 75% лиц, страдающих психическими заболеваниями в Англии, не получают никакого лечения. Это приводит к ранней смертности данных лиц, снижая их продолжительность жизни в среднем на 15–20 лет [4, р. 12]. При этом в настоящее время по данным Комиссии по качеству ухода в Англии зарегистрировано 1753 поставщиков услуг в сфере охраны психического здоровья²⁶.

В-восьмых, Европейский Союз, в том числе ФРГ и Великобритания, а также Российская Федерация демонстрируют схожие приоритетные направления в сфере охраны психического здоровья. Это позволяет сделать вывод о возможности заимствования наиболее эффективных европейских наработок в области профилактики депрессии и суицида, психического здоровья молодежи и образования, психического здоровья на рабочем месте, психического здоровья пожилых людей, а также борьбы со стигмой и социальной изоляцией.

В-девятых, учет европейского опыта в организационно-правовой и финансово-правовой сферах охраны психического здоровья поможет нашей стране разработать новые высокоэффективные инструменты, позволяющие своевременно и качественно оказывать необходимую помощь

Библиографический список

1. Bloom D. E., Cañero E. T., Jané-Llopis E. et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum. 2011.—http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (дата обращения 11.01.2016).
2. Busse R., Blümel M. Germany: health system review // Health Systems in Transition, 2014, Vol. 16. No. 2. P. 1–296.
3. Coldefy M. (Irdes) The Evolution of Psychiatric Care Systems in Germany, England, France and Italy: Similarities and Differences // Health Economics (Questions d'économie de la santé) n° 180, 2012/10.—<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES180.pdf> (дата обращения 27.01.2016).
4. Davies S. C. Annual Report of the Chief Medical Officer 2013, Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence. 318 p.—https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/413196/CMO_web_doc.pdf (дата обращения 04.02.2016).
5. Lewis J., Cooper J. Expenditure on Healthcare in the UK, 2013, 26 March 2015—http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_399822.pdf (дата обращения 05.02.2016).

²³См. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2015 № 167-р «Об утверждении плана мероприятий на 2015–2017 годы по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» // Собрание законодательства РФ, 16.02.2015, № 7, ст. 1067.

²⁴См. Распоряжение Правительства РФ от 02.12.2015 № 2471-р «Об утверждении Концепции информационной безопасности детей» // Собрание законодательства РФ, 07.12.2015, № 49, ст. 7055.

²⁵См. Report of Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care // <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4017&langId=en> (дата обращения: 21.01.2016).

²⁶См. Mental health // <http://www.cqc.org.uk/content/mental-health> (дата обращения: 19.08.2016).

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ

MENTAL HEALTH: MANAGEMENT APPROACHES

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Алтынбеков С. А., д. м. н., профессор,
РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психиатрии,
психотерапии и наркологии» МЗСР РК,
Алматы, Республика Казахстан

Аннотация

Целью данной работы явилось определение ключевых проблем психиатрической и наркологической службы в Республике Казахстан. Материалами исследования явились ведомственная статистическая отчетная документация за 2014–2015 гг., официальная информация от психиатрических и наркологических организаций в соответствии с запросами, иная информация из открытых источников.

Ключевые слова

Психиатрия, наркология, психиатрические и наркологические организации, развитие службы.

DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC AND NARCOLOGICAL SERVICES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Altynbekov S. A., MD, Professor,
Director of the Republican Scientific Centre of Psychiatry Ministry of Healthcare of
Kazakhstan Ministry of Healthcare of Kazakhstan,
Almaty, Republic of Kazakhstan

Abstract

The purpose is to define key problems of psychiatric and narcological service in the Republic of Kazakhstan. The paper studies departmental statistical reports from 2014 to 2015, official information from the psychiatric and narcological organizations according to the enquiries, as well as other information from open sources.

Key words

Psychiatry, narcology, psychiatric and narcological organizations, development of service.

По деятельности организации психиатрических организаций, в части амбулаторно-поликлинической помощи отмечается большая разница между регионами республики (более чем в 3,5 раза). Самые низкие показатели в Алматинской и Жамбылской областях, где выявляемость на самом низком уровне в республике (27,1 и 31,3 соответственно при среднереспубликанском 55). Обращает на себя внимание резкое ухудшение выявляемости в Северо-Казахстанской области почти в два раза, что гово-

рит о резком ухудшении работы соответствующей службы.

По деятельности наркологических организаций обращает на себя внимание в целом низкая выявляемость наркологических расстройств, особенно в Алматинской, Атырауской областях (60 и 59 на 100 тыс. населения соответственно). Исключение составляет г. Алматы, где показатели выявляемости соответствуют показателям стран Организации экономического сотрудничества и развития.

По психиатрическим организациям. Средняя длительность госпитализации в республике в 48,8 к/д, тогда как в странах Организации экономического сотрудничества и развития 16,8 к/д, т. е. разница составляет почти в 3 раза. В Восточно-Казахстанской области длительность лечения превышает среднереспубликанский показатель в 1,5 раза. Что говорит о недостаточно налаженном лечебном процессе на уровне стационара.

Одним из важных показателей качества лечения и работы в части вторичной профилактики является повторность госпитализации в течение года.

Исходя из анализа данных неудовлетворительная работа по вторичной профилактике в Актюбинской и Восточно-Казахстанской областях. Значительно снижена повторность госпитализации в Атырауской и Западно-Казахстанской областях и г. Алматы. Необходимо отметить, что в странах Организации экономического сотрудничества и развития этот показатель ниже в 1,5 раза, чем в Республике Казахстан (РК). Это связано с низкой выявляемостью и возможностью оказания помощи на раннем этапе, а также отсутствием реабилитационных структур и стационарозамещающей помощи, а также дефектом производства лечебного процесса.

По наркологическим организациям. Средняя длительность добровольного лечения в РК крайне низка и составляет 23,4 к/д. По существу проводится только детоксикация (длительность которого по протоколу диагностики и лечения составляет 21 к/д), т. е. практически нет пациентов на мотивированных на второй этап «медико-социальной реабилитации», не говоря уже о третьем этапе «социальной реабилитации».

Основная проблема:

- проведение в основном детоксикации (низкая мотивация для продолжения лечения на 2 и 3 этапе лечения);
- дефекты вторичной профилактики;
- низкая мотивационная работа.

Таким образом, существуют следующие проблемы в деятельности *психиатрических организаций*:

- пассивность амбулаторной психиатрической службы и «недоступность» системы, в основном в Алматинской и Жамбылской, областях;
- акцент на стационарные услуги, искусственное поддержание коечного фонда, в Акмолинской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях;
- выявляются значительные дефекты в организации работы по вторичной профилактике в Восточно-Казахстанской, Актюбинской и Акмолинской областях.

В деятельности *наркологических организаций*:

Низкая профилактическая работа на амбулаторном уровне во всех регионах, кроме г. Алматы, Восточно-Казахстанской областях;

Низкая профилактическая работа в части вторичной профилактики на стационарном уровне (мотивационный компонент) во всех регионах, кроме Актю-

бинской, Акмолинской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской областях и г. Алматы;

Отсутствие третьего этапа оказания помощи во всех регионах, кроме Костанайской области.

Общие проблемы психиатрической и наркологической службы. Низкое материально-техническое оснащение психиатрических организаций, из которых требуют внимания «Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением»: здания 1972 г. постройки с этого времени капитального ремонта не проводилось. «Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии» — с 1896, 1918 и 1976 г. постройки: капитальный ремонт здания не проводился на протяжении 8 и более лет. Психиатрические больницы в Атырауской области и г.Талдыкорган — барачного типа шестидесятых годов постройки.

Похожая ситуация и с наркологическими организациями, за исключением наркологических организаций г. Астаны и г. Алматы.

Дефицит кадров: только в амбулаторной службе дефицит физических лиц составляет 540 специалистов. Дефицит более 20 специалистов в психиатрической службе в пяти регионах (Актюбинская — 25, Алматинская — 22, Карагандинская — 23, Костанайская — 22 области и г. Алматы — 54).

Наблюдается дефицит более 20 специалистов в наркологической службе в 6 регионах (Восточно-Казахстанской — 21, Карагандинской — 29, Павлодарской — 21, Южно-Казахстанской — 30 областях, г. Алматы — 62, г. Астана — 38).

Интеграция с первичной медико-санитарной помощью (ПМСП). При существующей модели организации службы имеются следующие проблемы:

- 1) низкая доступность служб психического здоровья;
- 2) низкая выявляемость психических и наркологических расстройств;
- 3) несвоевременность оказания помощи;
- 4) недостаточная первичная, вторичная и третичная профилактика.

В 2015 г. начата работа по интеграции в двух регионах республики — в Павлодарской области и г. Семей (ВКО). В вышеназванных регионах увеличился показатель первичной выявляемости — в Павлодарской области на 137%, т. е. более чем в два раза, в г. Семей более чем на 35%.

Также имеются данные об увеличении роста обращений к врачу психиатру на ПМСП, многие из которых не ставятся на «Д» учет (пограничные психические расстройства).

Единая специальность врач психиатр-нарколог. На сегодняшний день нехватка физических лиц врачей психиатров и наркологов на амбулаторном уровне составляет 540 специалистов.

При объединении специальностей и разработкой единых квалификационных требований «врача психиатр-нарколог», штаты уменьшаться почти в два раза, на приеме в ПМСП вместо двух физических лиц будет один врач психиатр — нарколог. В связи с этим

могут возникнуть вопросы: справится ли он с данной нагрузкой? Однозначно да. Данный вопрос мы полностью проанализировали.

Таким образом, по настоящему положению дел профицит специалистов составит 135 специалистов и экономия финансовых средств после объединения специальностей и разработкой единых квалификационных требований «Врач психиатр-нарколог», составит более 693 миллионов тенге, но надо сказать, что это экономия не в чистом виде, а только за счет оптимизации (без снижения качества) организации работы амбулаторно-поликлинического звена.

И эти средства должны остаться в службе психического здоровья с перераспределением их в медико-социальной и социальной реабилитации, усиления профилактической работы, т.е. туда куда уйдут высвобожденные специалисты.

Далее рассмотрим *проблему структуры коечного фонда наркологической службы.*

По анализу данных складывается следующая картина:

- 1) койки для принудительного лечения занимают 55,5% коечной наркологической сети;
- 2) удельный вес финансирования принудительного лечения составляет 32%;
- 3) 34,6% всех наркологов задействованы в оказании ПЛ;
- 4) 42% пациентов поступают в ОПЛ повторно;
- 5) срок ремиссии год и более после ОПЛ менее 1%.

Таким образом, очевидна неэффективность данного метода лечения.

Из вышеизложенного следует, что отмечается перекос структуры и самые эффективные методы лечения практически менее всего представлены в РК.

Внедрение программ превенции суицидов. Данный проект на сегодняшний день практически полностью внедрен в Кызылординской области (окончание в феврале месяце, с последующей передачей всех полномочий для продолжения профилактической работы местным специалистам).

Количество суицидов среди несовершеннолетних в 2013 г. составила 18, основная часть из них в первое полугодие. В 2014 г. количество суицидов уже составило 11, а в 2015 г. — 10.

Хотелось отметить, что ни один несовершеннолетний, который был охвачен программой превенции не совершил ни суицид ни суицидальную попытку.

С момента начала программы произошло повышение показателя попыток суицида (15—17 лет) мы считаем это положительным фактом, этим лицам оказывается необходимая помощь, но этот показатель является недостаточным, по данным ВОЗ соотношение суицидов и попыток суицида 1:20.

Ожидаемые результаты.

1. Будет проведена интеграция служб психического здоровья с ПМСП, индикатором которого будет являться улучшение показателей в части повышения выявляемости, снижения количества госпитализаций и повторности.

Индикатор: повышение показателей выявляемости, усиление работы по вторичной профилактике (снижение длительности и повторности госпитализации)

2. Будет функционировать одна специальность «врач психиатр-нарколог», это приведет к перераспределению финансовых средств на проведение медико-социальной и социальной реабилитации пациентов.

Индикатор: отсутствие дефицита врачей, улучшение оказания помощи по вторичной и третичной профилактики.

3. Изменение структуры коечного фонда наркологических организаций.

Индикатор: Эффективное перераспределение использование бюджетных средств.

4. Внедрение программ превенции суицидов.

Индикатор: Снижение показателя суицидов.

5. Материально-техническое оснащение.

Индикатор: Улучшение процессов профилактики.

THE ORGANIZATIONAL SYSTEM OF NARCOLOGY IN THE USA

**Woody G E., MD,
Department of Psychiatry, Perelman School of Medicine
at the University of Pennsylvania,
Philadelphia, PA,**

**Carroll J. T., CADC/CCS,
Diagnostic Consultants,
Lansdowne, PA**

Overview: In the U. S., unlike Russia, Scandinavia, Canada, the EU and many other countries, health care and narcology services are not part of a national system but rather funded through employers, insurance companies, or by State and Federal agencies. Some em-

ployers provide it at no or reduced cost to employees, but more often offer a range of plans from different insurance companies with varying benefits and costs, and the employee purchases the plan that most closely fits his or her circumstances. Other providers are the De-

Prevalence of Use, New Initiation, and Disorders by Substance¹

Type of Drug	In Past Year (N, %)		
	Used*	Initiated*	Substance Use Disorder***
Heavy Alcohol Drinking**	16.3 (23.0%)	4.7 (1.8%)	17.0 (6.4%)
Marijuana	35.0 (13.2%)	2.6 (1.0%)	4.2 (1.6%)
Opioids (Heroin & Prescription Drugs)	11.2 (4.2%)	1.6 (0.6%)	2.5 (1.1%)
Sedatives/Tranquilizers	6.0 (2.3%)	1.3 (0.5%)	0.6 (0.3%)
Stimulants including Methamphetamine	3.7 (1.4%)	0.7 (0.3%)	0.5 (0.2%)
Hallucinogens	4.3 (1.6%)	0.9 (0.3%)	0.2 (0.1%)
Cocaine	4.6 (1.7%)	0.9 (0.3%)	0.9 (0.3%)
Any of the Above except Alcohol	44.0 (17.0%)	7.8 (2.9%)	21.4 (8.1%)

* Numbers represent 265 million individuals.

** 5 or more drinks for males & 4 or more for females on one occasion. 5 or more times in past year.

*** Met DSM-IV criteria for Abuse or Dependence (approximates DSM-5 "Substance Use Disorder").

partment of Veterans Affairs (VA) where medical and narcology treatment is free to veterans with an honorable discharge; Medicare for persons 62 and above; Medicaid and Medicare for the disabled and unemployed; and grants from various government and private agencies. Many treatments are available within this wide range of treatment plans and options, but there are typically limits on the type, length and costs that various health insurance plans pay treatment. Exceptions are the VA, Medicaid, and Medicare disability benefits where access is often related to waiting lists, lengthy approval processes, or payments that do not cover the cost of narcology services. The need for narcology is clear, as seen in the 2014 National Survey on Drug Use and Health where approximately 70,000 randomly selected persons' aged 12 were administered structured interviews that assessed for recent substance use disorders (SUDs).

A Brief History of Narcology in the U.S.: Though alcoholism had been the usual focus, opioid addiction became a concern after the Civil War when veterans became addicted to morphine during treatment for war-related injuries. This concern grew with observations of addiction among the wider population related to availability of opioid and cocaine-containing pills and syrups marketed for aches, pains and other common problems. Congress responded by passing the Harrison Act in 1914, which restricted opioid use to patients whose physicians prescribed it for treatment. At the time, many opioid addicted individuals were being prescribed opioids in an early form of maintenance treatment until a Supreme Court decision in 1919 ruled that addiction was not a medical problem, thus making it illegal for physicians to prescribe opioids for addiction. This ruling ended physician involvement in addiction treatment and separated narcology from medical care, creating a problem that has continued up to the present and is now being addressed by efforts to develop integrated care. A detailed history is seen at https://en.wikipedia.org/wiki/Harrison_Narcotics_Tax_Act impact.

These events also changed the social picture of addiction from one involving mostly law-abiding citizens to one having a strong association with criminal behavior and the underworld². It also resulted in the development of non-medical treatments for SUDs that

have been helpful to many and are still being used. The first of these was two government programs that started in the mid-1930s where opioid addicted individuals were court-committed for long-term residential treatment. These programs also did some of the first addiction research studies and findings resulted in methods for sedative and opioid detoxification and showing that conditioning factors contribute to relapse. Also during the 1930s, a physician and recovering stockbroker found they could help each other stay sober and developed the 12-Step approach for alcoholism³. This approach spread throughout the U. S. and other parts of the world by "word of mouth" and was later applied to some SUDs in programs that began in Hazelden, Minnesota and combined 30-days of inpatient detoxification with the 12-Steps and became known as the "Minnesota Model". Therapeutic communities developed somewhat later and were found effective for patients that completed them, but dropout and relapse rates were high⁴. Followup studies of persons after discharge from the two long-term government facilities as well as individuals who were mandated to similarly-designed treatments in California and New York showed high rates of relapse and provided background justification for the development of methadone maintenance⁵. These early developments were followed by a marked increase in narcology research after the establishment of the National Institute on Drug Abuse (NIDA) in 1974.

Research Findings:

- Relapse after detoxification is high
- Methadone maintenance is effective for opioid addiction; doses of 80–120 mg/day have better results than lower doses
- Buprenorphine maintenance is also effective⁶
- An infrastructure to minimize diversion is necessary for methadone and buprenorphine maintenance
- Naltrexone is also effective; extended release naltrexone works better than naltrexone tablets⁷
- Drug addiction is a brain disease and more a health problem than a criminal justice problem^{8,9}
- Counseling and psychotherapy can be combined with pharmacotherapy to improve outcomes¹⁰
- Treatment matching that adjusts level of intensity to the severity and chronicity of the patient's problems improves outcome

- Persons with SUDs have high levels of medical and psychiatric problems ¹¹
- Treating medical and psychiatric problems helps but does not cure the SUD
- Treatment outcome can be assessed by the Addiction Severity Index and other measures ¹²
- Outcomes are better if narcology, medical and psychiatric treatments are delivered in the same location
- HIV risk from unsterile injection equipment and unprotected sex are common, especially among opioid addicted individuals; persons with SUDs should be counseled about how to avoid them
- Any effective treatment (methadone, buprenorphine, naltrexone, residential) reduces HIV risk, crime, overdose death, and improves adherence to HIV medication
- Testing for HIV and hepatitis C should be part of narcology treatment
- No effective pharmacotherapies for stimulant use disorders have been found
- Intensive outpatient is less expensive than inpatient treatment; results equal inpatient for some patients
- Substance use disorders often remit, but it can take years
- Brief interventions can reduce substance use in persons at risk for developing a SUD ¹³
- SUDs tend to follow a chronic, relapsing course, like diabetes and other health problems, and treatment needs to continue over an extended period of time

Varying Levels of Treatment Access and Efforts to Improve It: Research findings are applied to varying degrees in our decentralized and individualized narcology treatment system. Paradoxically, the most common treatment, the so-called abstinence based treatment, and one that is supported by many insurance plans, is detoxification even though studies have repeatedly shown it is associated with high relapse rates unless followed by psychosocial or medication treatment. The “Minnesota Model” combines detoxification with intensive 12-step oriented treatment that includes peer support, education about addiction along with group and individual therapy. This model continues to be widely supported but research showing that some patients do as well in intensive outpatient as inpatient, and at less expense, has led to a shift from inpatient to intensive outpatient for persons with non-opioid use disorders. Insurance still pays for inpatient but typically only after the patient has failed outpatient, and often with limits on the length and number of treatments that are available in a single year. This shift from inpatient to outpatient has been widely adopted, including programs funded by the Department of Veterans Affairs.

The next most widely used treatment is buprenorphine-naloxone (Suboxone) for opioid dependence <http://www.samhsa.gov/programs-campaigns/medication-assisted-treatment/physician-program-data>. It is available in primary healthcare settings and paid by insurance or by individual patients “out of pocket”. Data on how many patients are receiving it are not available as of this writing but estimated at 500,000 to a million, via the 33,009 physicians that are

approved to prescribe it. Though “Minnesota Model” programs have traditionally opposed use of medications with agonist effects except when needed for detoxification, some have started using buprenorphine, as seen in: <http://healthland.time.com/2012/11/05/hazelden-introduces-antiaddiction-medications-in-recovery-for-first-time>

Approximately 320,000 patients are receiving methadone maintenance as of this writing. Unlike intensive outpatient and other programs paid by insurance, most methadone maintenance treatment is from Federal or State funds with some paid “out of pocket” by patients. Methadone has always been received with varying degrees of ambivalence and is available in only 48 of the 50. North Dakota is about to open a program in one city making it the 49th state, however some states are passing laws limiting how long patients can stay on methadone or reducing funds to pay for it that has led to program closures; 16 states do not provide Medicaid reimbursement despite methadone being one of the three medications that have been identified as effective for opiate addiction. Though widely used in the VA, the Department of Defense only recently agreed to pay for methadone maintenance in their health care plans for dependents of persons on active duty, and Medicare is only just beginning to develop procedures to pay for it.

The recent advent of the Affordable Care Act (ACA) has tried to address these problems in treatment access in two ways ¹⁴. First, it identified treatment for “substance use disorders” as one of 10 “essential services” that must be covered within every health insurance plan and delivered by “Accountable Care Organizations.” This means that health insurance coverage should no longer be managed separately from other parts of healthcare. Second, it mandates the “full spectrum of care for substance use disorders”, thus including risky use (e. g., episodic injection use or binge drinking), medically harmful use (any level of substance use that interferes with treatment of or exacerbates another illness), as well as substance use disorders as defined in DSM 5. In the ACA, the full spectrum of services include not only specialty care but also prevention, screening and brief interventions, all FDA-approved medications (methadone, buprenorphine, naltrexone), all evidence based behavioral interventions, office-based care from primary healthcare practitioners, and even home health visits. The structure of the ACA will hopefully make treatment for substance use disorders more available and recognize that these conditions often need long-term treatment and modifications in the initial approach if necessary based on patient response, like other medical problems that are prone to relapse in the absence of effective treatment. This process of improving access to narcology treatment and integrating it with other aspects of health care is a current challenge to U. S. healthcare, whose outcome will likely become clear over the next several years, and the idea that abstinence is the only meaningful outcome is slowly giving way to the efficacy and necessity of medication assisted treatment and findings that significant reductions in use can be associated with meaningful benefits.

Bibliography

1. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health // HHS Publication No. SMA 15-4927 NSDUH Series H-50. 2015. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
2. *Musto D. F.* The American Disease: Origins of Narcotic Control. (3rd Edition). New York: Oxford University Press. 1999.
3. Alcoholics Anonymous. The Big Book 4th Edition Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 2001; Hazelden Press.
4. *De Leon G.* Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *Int. J. Add.* 1995; 30(12). P. 1603–1645.
5. *Dole V. P., Nyswander M.* Successful treatment of 750 criminal addicts // *Jama*, 1968. 26. P. 2708–2710.
6. *Altice F. L., Bruce R. D., Lucas G. M. et al.* BHIVES Collaborative. HIV treatment outcomes among HIV-infected, opioid-dependent patients receiving buprenorphine/naloxone treatment within HIV clinical care settings: results from a multisite study // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2011. Suppl 1, S22–S32 doi: 10.1097/QAI.0b013e318209751e
7. *Krupitsky E., Nunes E. V., Ling W. et al.* Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: a double-blind placebo-controlled, multicenter randomised trial // *Lancet*. 2011; 377. P. 1506–1513.
8. Leshner, Alan, Volume XVII, 2001 Addiction is Brain Disease, Retrieved from Issues in Science and Technology.—<http://issues.org/17-3/leshner/>
9. *McLellan A. T., Lewis D. C., O'Brien C. P., Kleber H. D.* Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation // *Jama*, 2000. 284, (13). P. 1689–1695.
10. *Woody G. E., McLellan A. T., Luborsky L. et al.* Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy the Penn-VA study // *Am. J. Psychiatr.* 1984; 141. P. 1172–1177.
11. *Kessler R. C., Nelson C. B., McGonagle K. A. et al.* The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization // *Am. J. Orthopsychiatry*. 1996; 66. P. 17–31.
12. *McLellan A. T., Luborsky L., Woody G. E., O'Brien C. P.* An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1980; 168(1), P. 26–33.
13. *Miller W. R., Rollnick S.* Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. Guilford, New York, USA, 1991.
14. Patient Protection and Affordable Care Act, 42 U.S.C. §18001. (2010). Public Law 111–148. Retrieved from <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Галако Т. И., к. м. н., доцент, Мусабаева С. С.,
Кыргызская государственная медицинская академия,
Республиканский центр психического здоровья,
Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация

В статье показаны достижения, недостатки и перспективы стратегий развития программ в сфере охраны психического здоровья в Кыргызстане, проблемы и возможности развития различных форм психиатрической помощи. Особое внимание уделено реструктуризации психиатрических учреждений республики, усовершенствованию нормативно — правовой базы службы психического здоровья, развитию альтернативных видов помощи.

Определены основные направления развития и реформирования психиатрической службы Кыргызской Республики.

Ключевые слова

Проблемы в сфере охраны психического здоровья, основные направления реформирования психиатрической помощи.

SYSTEM OF MENTAL HEALTH SERVICES RENDERING IN THE KYRGYZ REPUBLIC: REALITY AND OUTLOOKS

Galako T. I., MD, Associate Professor, Musabaeva S. S.,
Kyrgyz State Medical Academy,
Republican Centre for Mental Health,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract

The article demonstrates the achievements, drawbacks and outlooks of the programmes development strategies in the sphere of mental health protection in the Kyrgyz Republic, as well as issues and possibilities of development of various types of mental assistance. Particular attention is paid to restructuring of the Kyrgyz Republic mental institutions, improvement of regulatory framework for mental health services, development of alternative forms of assistance. The guidelines for the Kyrgyz Republic mental services development and reforming are determined.

Key words

Mental health protection issues, guidelines for mental health services reforming.

За последние 20 лет в Кыргызской Республике (КР) произошли большие изменения в системе оказания психиатрической помощи.

В настоящее время психиатрическая служба Кыргызстана представлена:

- Институциональной службой охраны психического здоровья — 6 психиатрических больниц — 1769оек);
- Службой охраны психического здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) — психиатрические кабинеты в центрах семейной медицины (ЦСМ) — 74;
- психо-наркологических отделениями в областных объединенных больницах — 9;
- кризисными центрами — 2;
- общественными объединениями — Кыргызская психиатрическая ассоциация, «Психическое здоровье и общество», «Семья и Общество», «Продвижение альтернатив», Ассоциация потребителей и др.

Проблемы психического здоровья рассматривались в различных документах.

С 1999 г. служба психического здоровья работает в соответствии с Законом Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» [3].

В 2001 г. была утверждена Национальная программа «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001–2010 годы» [4].

В рамках Национальной программы (2001–2010) [4]. и Европейской декларации по охране психического здоровья (2005) [1] были осуществлены следующие реформы.

1. Проведена реструктуризация психиатрических учреждений республики:

- для повышения качества предоставляемой помощи организовано 3 центра психического здоровья, предоставляющие специализированную психиатрическую помощь;
- с целью децентрализации и приближения психиатрической помощи к населению:
 - открыто 9 психо-наркологических отделений при объединенных областных больницах;
 - начали функционировать (вначале для пострадавших в событиях 2010 г., а потом и для всего населения) 2 кризисных центра и 2 мобильные бригады;

- расширились амбулаторные виды помощи, деятельность дневных стационаров и стационаров на дому.

Внедрение альтернативных форм психиатрической помощи даёт, бесспорно, положительный результат. Особенно следует отметить возможность получения быстрой и качественной помощи по месту жительства.

Преобразование психиатрических учреждений привело к:

- сокращению длительности пребывания больного в стационаре (с 90 дней в 2001 г. до 48 дней в 2015 г.);
- сокращению 777оек с 2001 по 2015 гг. (соответственно было 2536оек, стало 1759).

2. Существенно пересмотрена и усовершенствована нормативно-правовая база службы психического здоровья:

- внесены изменения и поправки в закон КР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» [3];
- принята Программа государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью (перечень заболеваний и психотропных препаратов) [6];
- создана служба защиты прав пациентов, страдающих психическими расстройствами и получающих лечение в стационарных условиях, при Аппарате Омбудсмена;
- с 2016 г. служба психического здоровья вошла в систему Единого плательщика.

3. Значительно пересмотрены программы образования по психиатрии на до- и последипломном уровнях. Особое внимание уделялось обучению семейных врачей основам оказания психиатрической помощи. При поддержке ВОЗ в 2007 г. был проведен ситуационный анализ уровня знаний семейных врачей основных психических расстройств (проанкетировано 150 семейных врачей).

На основании оценки результатов анкетирования разработаны программы тренингов для семейных врачей по основным психическим расстройствам, встречающимся в практике ПМСП; издано учебно-методическое пособие «Психиатрия в практике семейного врача», включающее 24 расстройства.

С 2008 по 2011 г. прошли обучение более 700 семейных врачей.

Ассоциацией групп семейных врачей и семейных медсестер проведен последующий мониторинг тренингов семейных врачей.

Основной результат тренингов для семейных врачей — значительный рост выявления психических расстройств с 2010 г.

4. По превенции суицидов была проведена следующая работа:

- В рамках 2-летнего соглашения между Европейским Региональным Бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Кыргызской Республики проведен углубленный анализ суицидологической ситуации в КР.
- На основании анализа разработана и утверждена приказом № 28 от 25.12.12 г. Программа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по предупреждению суицидов в Кыргызской Республике на 2012–2015 годы [7].
- Разработаны и внедрены образовательные программы по превенции суицидов на до-дипломном и последипломном уровнях обучения, в т. ч. и для семейных врачей.

Реализация Программы по предупреждению суицидов, наряду с другими мероприятиями, позволила снизить распространенность суицидов по Кыргызской Республике с 11,5 на 100 тысяч населения в 2010 г. до 4,63 в 2014 г.

Из-за недостаточного финансирования службы психического здоровья были невыполнены такие задачи Национальной программы, как:

- приближение психиатрической и психотерапевтической помощи к потребителям услуг;
- вовлечение врачей первичной медико-санитарной помощи, в т. ч. семейных врачей, в деятельность службы психического здоровья;
- увеличение кадрового потенциала;
- создание суицидологической службы;
- создание системы реабилитации лиц с психическими расстройствами, не смотря на наличие положения Министерства здравоохранения КР;
- ликвидированы производственные мастерские и подсобные хозяйства;
- не расширены психотерапевтическая и детская психиатрическая службы из-за дефицита кадровых ресурсов.

В 2011 г. в Программу реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден-Соолук» на 2012–2016 гг. [5] компонент психического здоровья вошел в трех позициях:

- разработка и внедрение стратегии, направленной на формирование приверженности населения к охране психического здоровья, значимости психологической и психиатрической помощи;

- оптимизация и реструктуризация службы психического здоровья с переориентацией на стационаро-замещающие и амбулаторные виды помощи;
- завершение формирования системы Единого плательщика с включением в нее поставщиков всех видов медицинских услуг предоставляемых населению.

Основные позиции Программы «Ден-Соолук» реализуются, о чём свидетельствует процентный состав пациентов, проходящих лечение в различных психиатрических учреждениях в 2015 г.

Амбулаторные организации — 74%

Психиатрические больницы — 14%

Дневные стационары — 10,3%

Психиатрические стационары на первичном уровне — 1,7%

В настоящее время с помощью средств дополнительного финансирования Всемирного банка завершается работа над Государственной Программой по охране психического здоровья на 2017–2030 годы. Цели данной программы:

- укрепление психического благополучия;
- обеспечение доступной медицинской помощью;
- укрепление прав человека;
- снижение смертности, заболеваемости и инвалидности лиц с психическими расстройствами.

В Государственной Программе предусматриваются следующие основные направления реформ в психиатрии.

1. Продолжение работы по интеграции психиатрии в первичное звено здравоохранения.
2. Приближение психиатрической помощи к населению.
3. Создание реабилитационных центров.
4. Укрепление детской и подростковой психиатрической службы.
5. Усиление деятельности по дестигматизации, психологической и социально-правовой помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.
6. Создание суицидологической службы.
7. Деятельность по эффективному лекарственному обеспечению.
8. Качественная подготовка квалифицированных специалистов.

Таким образом, система оказания психиатрической помощи в Кыргызской Республике достигла определенных результатов, однако есть достаточно много проблем, которые необходимо решать совместными усилиями всех заинтересованных министерств, ведомств, учреждений для улучшения качества жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Библиографический список

1. Европейская декларация по охране психического здоровья «Проблемы и пути их решения», Хельсинки, Финляндия, — 12–15 января 2005.
2. Европейский плана действий по охране психического здоровья. Европейский региональный комитет ВОЗ. Шестидесят третья сессия — Чешме, Измир, Турция, — 16–19 сентября 2013.

3. Закон Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» от 17 июня 1999 г. № 60
4. Национальная программа «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001–2010 годы» (утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 13 июля 2001 г. № 344).
5. Национальная программа реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012–2016 годы (утверждена Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 24 мая 2012 № 309).
6. Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью (утверждена постановлением Правительства Кыргызской Республики от 28 июня 2013 г. № 388).
7. Программа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по предупреждению суицидов в Кыргызской Республике на 2012–2015 годы (приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 28 от 25.12.12).

РОССИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ – ВЫЗОВЫ И ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

**Кекелидзе З. И., проф., Генеральный директор ФМИЦПН им. В. П. Сербского,
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Россия, Москва**

Аннотация

В статье обсуждаются наиболее важные вопросы современного этапа развития отечественной психиатрии, касающиеся реорганизации психиатрической службы с учетом ее экономической эффективности, страховой медицины, реабилитации лиц с психическими расстройствами, детской и подростковой психиатрии, а также проблемы преодоления психических расстройств позднего возраста и деменций. Отмечается неоднозначность суицидальной ситуации в России. Предлагаются новые подходы к постдипломному образованию по специальности «психиатрия».

Ключевые слова

Реорганизация психиатрической службы, реабилитация лиц с психическими расстройствами, суицидальная ситуация, постдипломное образование.

RUSSIAN PSYCHIATRY: CHALLENGES AND SOLUTIONS

**Kekelidze Z. I., Prof., PhD,
Director General of Federal Medical Research Centre for Psychiatry
and Narcology,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The paper discusses most important issues of the current development stage of the Russian psychiatry. It focuses on the reorganization of psychiatric services, medical insurance, rehabilitation of persons with psychiatric disorders, child and adolescent psychiatry, as well as issues of overcoming mental disorders in the advanced age and dementias. The ambiguity of the suicide situation in Russia is noted. New approaches to postgraduate psychiatric education are proposed.

Key words

Reorganization of the psychiatric services, rehabilitation of patients with psychiatric disorders, suicide case, postgraduate education.

Психиатрическая, как и любая другая медицинская служба, перманентно нуждается в совершенствовании, что обусловлено естественным поступательным развитием общества. Последнее на современном этапе ставит перед нами следующие задачи:

1. Реорганизация службы. Целью реорганизации является создание и внедрение в практику экономи-

чески эффективной модели оказания помощи лицам с психическими расстройствами, при которой уровень оплаты труда медицинских работников непосредственно зависит от прямых экономических затрат и непрямых экономических потерь связанных с психическими расстройствами.

Экономические методы организации системы психиатрической помощи должны способствовать:

- выбору наиболее экономичной и эффективной технологии оказания комплексной лечебно-реабилитационной помощи;
- усилению ее профилактической направленности;
- переносу центра тяжести в оказании психиатрической помощи во внебольничную сеть при одновременном повышении качества и интенсификации деятельности стационаров;
- обеспечению преемственности на всех этапах оказания психиатрической помощи.

Иными словами экономические методы должны структуру и деятельность психиатрической службы привести в соответствие с потребностями обслуживаемого населения. Уровень психического здоровья населения, качество оказания комплексной лечебно-реабилитационной помощи, эффективное использование ресурсов психиатрической службы должны непосредственно влиять на материальное благополучие коллектива каждого психиатрического учреждения. Каждый сотрудник должен быть заинтересован в оказании максимального объема высококачественной психиатрической помощи наиболее эффективным способом.

Улучшение состояния здоровья обслуживаемого населения должно обеспечиваться расширением самостоятельности коллективов подразделений психиатрических учреждений, конкретных сотрудников в выборе наилучших путей для достижения поставленных целей, в установлении жесткой экономической ответственности за конечные результаты деятельности.

2. Апробация психотропных препаратов. В настоящее время апробация нового психотропного средства осуществляется по договору медицинского (научного) учреждения, которое проводит апробацию препарата с фирмой производителем или фирмой посредником. Результаты клинических испытаний, как правило, публикуются в научных журналах и докладываются на научных конференциях и симпозиумах. Нередко одновременно с апробацией препарата исполнитель (учреждение) занимается «продвижением» препарата в среде специалистов (главных врачей, других лиц, которые могут обосновать и повлиять на закупку препарата), что иногда приводит к конфликту интересов.

Исходя из вышеизложенного представляется целесообразным просить Министерство здравоохранения передать руководство апробациями препаратов одному из своих подразделений. В свою очередь подразделение Министерства здравоохранения присваивает препарату кодированный номер и поручает проведение апробации учреждениям находящимся в его подчинении в рамках госзадания. Апробация должна проводиться двойным слепым методом и обязательно включать в себя фармако-экономическую составляющую.

3. Страховая медицина. В настоящее время в различных регионах страны предпринимаются попытки распространения принципов страховой медицины в психиатрии. Для страховой медицины характерны два основных подхода к организации медицинской помощи: 1) создание собственной сети медицинских учре-

ждений; 2) заключение контрактов с действующей сетью. На современном этапе развития страховой медицины представители страховой медицины предпочитают вторую форму, так как она на начальном этапе требует меньших капиталовложений (медицинские работники также больше заинтересованы в развитии второй формы, так как она дает большую свободу действий).

Внимание представителей страховых компаний помимо прочего будет привлекать и апробация новых психотропных средств, так как точное знание эффективности препаратов определяет их фармако-экономику и следовательно стоимость законченного случая.

Исходя из того, что новые методы терапии в большинстве случаев одновременно являются и более дорогими, страховая медицина более тщательно будет оценивать и обсуждать вопросы эффективности новых методов и средств терапии, основанных на данных доказательной психиатрии (включая критерии фармакоэкономики) и целесообразности включения новых методов в стандарты терапии. Последнее может привести к удлинению сроков обновления стандартов терапии и, следовательно, к возникновению конфликтов между врачом и пациентом.

Очевидно, отдельно будет рассматриваться вопрос использования и финансирования в психиатрии биологически активных добавок.

Как известно в настоящее время существует более четырехсот методов психотерапии. И что естественно по крайней мере существует 400 точек зрения на эффективность того или иного метода психотерапии. Разумеется, роль немедикаментозных методов в терапии психических и поведенческих расстройств никто не отрицает, однако до настоящего времени сравнительный анализ экономической эффективности различных методов психотерапии при разных расстройствах не проводился. Очевидно переход на страховую медицину поставит перед необходимостью изучения экономической эффективности того или иного психотерапевтического метода при различных психических и поведенческих расстройствах.

В конечном итоге будут просчитаны усредненные критерии различных законченных случаев лечения — средняя длительность терапии больного (в стационаре и/или амбулаторно) средняя стоимость койко-дня, стоимость одного посещения врача-психиатра, врача-психотерапевта, что даст возможность более эффективного использования средств выделенных на лечение больного. Последнее даст возможность просчитать и оценить целесообразность внедрения в психиатрию сертификатной (ваучерной) системы. При условии внедрения в психиатрию сертификационной системы пациент должен иметь право обратиться по его желанию в — а) государственное учреждение, где он будет расплачиваться сертификатом (за дополнительную плату он сможет улучшить свои условия пребывания в стационаре) или б) негосударственное лечебное учреждение. Негосударственное лечебное учреждение должно принимать ваучеры в качестве платежного документа как при расчетах с пациентом, так и государством.

Внедрение сертификационной системы даст не только экономическую, но и правовую основу развития государственно-частного партнерства в психиатрии.

4. Реабилитация лиц с психическими расстройствами. Как известно ранее в психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах имелись лечебно-производственные (трудовые) мастерские. Функционировали также специальные цеха и в части случаев создавались индивидуальные условия на обычном производстве.

Постановлением Правительства РФ от 25.05.94. № 522 — лечебно-производственные (трудовые) мастерские были выведены из состава лечебных учреждений и реорганизованы в самостоятельные учреждения. К сожалению, это привело к упразднению значительного количества лечебно-трудоустройств мастерских.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» лечебно-производственные (трудовые) мастерские являются структурными подразделениями психоневрологического диспансера или психиатрической больницы. Указанный приказ Минздрава дает возможность восстановить все последовательные этапы реабилитации лиц с психическими расстройствами — медицинский, профессиональный, социальный. Особое место в реабилитационной цепочке психически больных может занять «Интеграционное предприятие» (частное предприятие с государственным участием): 1) лечебно-производственные мастерские; 2) интеграционное предприятие; 3) открытый рынок труда — особые условия труда при необходимости, консультативное сопровождение.

При создании системы реабилитации психически больных следует учесть и изменения, внесенные в Федеральный закон от 29.12.2014 № 477-ФЗ «О внесении изменений в часть вторую Налогового кодекса Российской Федерации», согласно которому «Законами субъектов Российской Федерации» может быть установлена налоговая ставка в размере 0% для налогоплательщиков — индивидуальных предпринимателей, впервые зарегистрированных после вступления в силу указанных законов и осуществляющих предпринимательскую деятельность в производственной, социальной и (или) научной сферах.

Следует подчеркнуть, что во ФМИЦПН имени В. П. Сербского разработана программа цикла тематического усовершенствования для представителей малого бизнеса — «Юридические, социальные и медико-психологические аспекты привлечения к трудовой (профессиональной) деятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья».

5. Детская и подростковая психиатрия. Согласно исследованиям, проведенным в нашем Центре, у 40% учащихся начальных классов общеобразовательных школ отмечается «школьная дезадаптация», причем среди этих детей у 70% выявляются погранич-

ные психические расстройства. Необходимо отметить, что вышеуказанные негативные тенденции нередко напрямую коррелируют с таким комплексом медико-социальных проблем несовершеннолетних как асоциальные, криминальные, агрессивные формы поведения и употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ.

До недавнего времени психиатр, как правило, осматривал детей с 3-летнего возраста. В 2012 г. был издан приказ МЗ РФ, согласно которому психиатр профилактически осматривает ребенка в возрасте 1 года.

Помимо этого в 2016 г. принято решение о введении в школьную программу в рамках предмета «Основы безопасной жизнедеятельности» с 3 по 11 класс преподавание предмета «Психология» (20 часов ежегодно). Предполагается завершение написания учебников по психологии в 2017 г.

Принято также решение о введении в программу обучения студентов педагогических институтов, которые готовят учителей начальной и средней школы цикла «Особенности детской и подростковой психологии» (36–72 часа). По указанному циклу также будет проводиться переподготовка учителей начальных и средних школ. Программы циклов подготовлены сотрудниками «ФМИЦПН имени В. П. Сербского».

Постдипломное образование. В России в настоящее время постдипломное образование по психиатрии проводится в ординатуре (2 года). В последующем возможно прохождение специализации по наркологии (2 года), судебно-психиатрической экспертизе (2 года), психотерапии (2 года) и сексологии (2 года). Однако большинство врачей после окончания ординатуры по психиатрии проходят профессиональную переподготовку по избранной субспециальности (576 часов).

Весной этого года в Министерстве здравоохранения проводилось совещание, во время которого было принято решение о необходимости введения 3-летнего постдипломного образования по выше перечисленным направлениям. В течение первых 2 лет в ординатуре будет изучаться психиатрия. А в течение 3-го года будет проводиться раздельное обучение по избранной специальности — психиатрии, психотерапии, наркологии, судебно-психиатрической экспертизе и сексологии. В случае, если врач выше перечисленных специальностей пожелает сменить специальность на смежную ему будет необходимо проучиться 1 год. Смена специальности в данном случае, очевидно, должно осуществляться за счет негосударственных средств. Проект всех необходимых программ по 3-летнему постдипломному образованию подготовлен.

Психиатрическая составляющая экстракорпорального оплодотворения. Практика последних лет показала, что лица, которые предлагают себя в качестве суррогатных матерей нуждаются в тщательном медицинском отборе. Представляется необходимым участие в указанном отборе и врача-психиатра. Помимо этого в период беременности суррогатная мать должна выполнять определенные требования — исключить во время беременности сексуальные кон-

такты, соблюдать режим сна и бодрствования, соблюдать диету (не экономить деньги на питание), не употреблять алкоголь, не курить и т. д. Помимо этого суррогатные матери (равно как и биологические матери) нуждаются в определенной подготовке к личным контактам во время беременности, после разрешения родов и передаче ребенка биологическим родителям. Все выше сказанное ставит перед необходимостью психиатрического (психотерапевтического) сопровождения суррогатной беременности и родоразрешения. В осмотре психиатра нуждаются также и женщины, которые согласны, сдать свои яйцеклетки для последующего оплодотворения. Соответствующая программа будет подготовлена в 2017 г.

Психосоматическая медицина. По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты врачей-интернистов, относятся к группе психосоматических больных. В течение последних десятилетий активно развиваются такие направления как психокardiология, психогастроэнтерология, психондoкринoлогия и др. Среди них особое место занимает психонкология. Последнее связано с тем, что среди онкологических больных, по сравнению с больными другими заболеваниями, высок риск суицидов. Несмотря на то, что при многих формах рака после врачебного вмешательства наступает улучшение состояния и в части случаев пациенты умирают от другого заболевания, население онкологическое заболевание воспринимает как «фатальное» — оканчивающееся летальным исходом и сопряженное с невыносимыми болезненными ощущениями. Именно эти убеждения, переживания и ощущения нередко являлись причиной суицидальной попытки. Исходя из вышеизложенного нами совместно с Московским научно-исследовательским онкологическим институтом имени П. А. Герцена разработаны 3 учебные программы:

- 1) для врачей онкологов, где основное внимание уделяется суицидальной настороженности и клинической картине суицидального поведения;
- 2) для родственников онкологических больных. В этой программе основное внимание уделяется психическому состоянию особенностям поведения онкобольных;
- 3) для лиц с онкологическими заболеваниями. В данной программе основное внимание уделяется изменению отношения больного к своему заболеванию, иными словами «перевод онкологического заболевания из разряда фатальных в разряд хронических, с которыми можно бороться не только методами соматической медицины, но и методами психотерапии.

Суициды. Сегодняшнюю суицидальную ситуацию в России нельзя трактовать однозначно. С одной стороны, в последние 10 лет в стране идет снижение числа самоубийств. Так, в 2005 г. было зарегистрировано 32,2 случая на 100 000 населения. В 2015 г. соответствующий показатель составил 17,1 на 100 000 (снижение в 1,9 раза). С другой стороны, достигнутый к 2015 г. показатель превышает среднемировой уровень (11,4 на 100 000) в 1,5 раза. Кроме того, в

стране существуют регионы со сверхвысокой частотой суицидов — Республика Алтай — 59,7 на 100 000, Республика Бурятия — 52,8; Амурская область — 48; Забайкальский край — 47,7.

Данные особенности характерны и для детско-подростковой популяции. В 2005 г. частота суицидов среди детей (0–14 лет) составляла 3,3 случая на 100 000 детского населения, в 2015 г. — 2 на 100 000. Частота самоубийств среди подростков (15–19 лет): в 2005 г. — 19,8 на 100 000, в 2015 г. — 11,5. Таким образом, произошло снижение показателя в 1,7 раза, как среди детей, так и среди подростков. Однако, в сравнении со среднемировыми уровнями (дети — 1 случай на 100 000, подростки — 7,4), достигнутые показатели выше среднемировых соответственно в 2 и 1,6 раза.

Таким образом, несмотря на определенное улучшение, суицидальная ситуация в России остается неблагоприятной. С нашей точки зрения, дальнейшее улучшение ситуации возможно лишь при создании Государственной программы по предотвращению суицидов, предполагающей комплексное участие различных ведомств в ее выполнении, а руководство и контроль — со стороны органов государственной власти и управления. Выше указанные данные диктуют необходимость улучшения суицидологической службы, в частности создания звена первичной профилактики суицида, в работе которой будут принимать участие представители СМИ, культуры, спорта, дошкольного, школьного, ВУЗовского образования, религиозные деятели и другие социально активные слои населения.

Гериатрия. По данным Росстата, в 2016 г. доля лиц старшего возраста в структуре населения в России составляет 24,6%, а к 2031 г. достигнет 28,3%. Психические расстройства и расстройства поведения выявлены у 1,217 млн человек, а болезни нервной системы выявлены у 1,51 млн лиц старшего возраста в их числе болезнь Паркинсона у 82 507, а болезнь Альцгеймера у 7206 человек. К сожалению, эти данные не дают достоверной информации о числе пациентов с возраст-ассоциированными психическими расстройствами. В современных международных классификациях (МКБ-10, DSM) не существует раздела, объединяющего психические расстройства позднего возраста. Следует отметить, что одной из причин увеличения количества судебно-психиатрических экспертиз направленных на определение вменяемости, сделкоспособности и дееспособности у лиц позднего возраста обусловлено увеличением среди них пациентов с деменцией.

Как известно деменция приводит к росту долгосрочных расходов правительств, сообществ, семей и отдельных лиц на медицинскую помощь и обуславливает потерю производительности в экономике стран. В 2010 г. глобальные расходы, связанные с деменцией, оценивались в 604 000 млн долл. США, а к 2030 г. расходы составят 1 200 000 млн долл. США.

Необходимо подчеркнуть, что по данным Института научно-общественной экспертизы (С. И. Рыбальченко) при инерционном развитии к 2025 г. мы столкнемся с последствиями катастрофического спада рож-

даемости конца 1980-х — начала 1990-х годов, который был гораздо масштабнее, чем демографическая яма Второй мировой войны. К 2025 г. численность женщин в активном репродуктивном возрасте 20–29 лет, на которых приходится почти 2/3 рождений, сократится почти вдвое, что неминуемо приведет к значительному сокращению числа рождений. Расчеты показывают, что при сохранении текущих уровней рождаемости и смертности, несмотря на достигнутые улучшения, численность населения России к 2020 г. будет снижаться до 138,5 млн человек.

Следует также учесть, что в настоящее время в странах Европы и Северной Америки существует движение чайлдфри (лица не желающие иметь детей). Приверженцы чайлдфри имеются и в России. Отдельной статистики по чайлдфри найти не удалось, однако по данным на 2013 г. в Москве 17% женщин детородного возраста детей не имеют.

Изложенное выше указывает, что создавшееся положение может отрицательно сказаться на социальном и экономическом развитии страны.

В 2016 г. к приоритетным направлениям деятельности по преодолению психических расстройств позднего возраста и деменций, которые должны найти отражение в политике национального общественно-здравоохранения, могут быть отнесены следующие стратегические задачи:

- Необходимость эпидемиологических исследований в области психических расстройств позднего возраста и деменций.
- Проведение исследований в области этиологии, профилактики, ранней диагностики и лечения психических расстройств позднего возраста и деменций.
- Расширение сети специализированных стационарных и внестационарных форм обслуживания пациентов с психическими расстройствами позднего возраста и деменциями.
- Разработка программ психотерапевтической помощи пациентам с деменциями и ухаживающим за ними лицам.
- Развитие паллиативной помощи пациентам с деменциями.
- Межсекторальное сотрудничество и междисциплинарный подход в оказании помощи пациентам с психическими расстройствами позднего возраста и деменциями.
- Профессиональная подготовка в области гериатрической психиатрии, выделение специальности гериатрический психиатр.
- Борьба со стигматизацией пациентов с психическими расстройствами позднего возраста и деменциями, защита их прав, в том числе в психиатрии и судебной психиатрии.

PSYCHIATRY AND SOCIETY, 2015*

(based on a lecture at the annual meeting of the Swiss Society of Psychiatry)

**Sartorius N., MD, PhD, FRCPsych,
President of Association for the improvement of mental health programs,
Geneva, Switzerland**

Abstract

The development of psychiatry, perhaps even more than other medical disciplines, depends on socioeconomic and cultural factors in the environment in which the discipline is to function. In this article I shall review the impact of some of the trends in society's development, then refer to changes in the form and frequency of mental disorders and finish with a review of paradigms of mental health care which may need to be reexamined and possibly changed.

Key words

Social psychiatry, humanities, health services, psychiatry, mental health.

Trends of society's development with particular relevance for psychiatry

Commodification. "Commodification", a word that has entered the English language only recently, refers to the trend of measuring all things with economic indicators, as if they were a commodity—like sugar, cotton, timber or iron. This is fine and acceptable for dealing

with commodities but becomes profoundly disturbing once it is introduced into fields such as medicine. When this happens economic indicators prevail in the evaluation of performance, in the manner and place of investment and in the mechanisms of control of quality. Thus a hospital will be judged by the profit it makes, not by the numbers of patients who have been treated agreeably and in an effective way. Prescribing the cheapest

* Статья печатается по согласованию автора и Швейцарского архива журнала «Неврология, психиатрия и психотерапия», 2016. 167(4): 108–113.

medication of a class will be allowed; the prescription of any other drug of that class will have to be justified in a sometimes complex manner. Hospital directors will encourage the use of new and often expensive diagnostic procedures in wards housing patients who have a good health insurance contract because their use can give the hospital a handsome profit and sometimes help in making the correct diagnosis. The replacement of the ethical imperative to help those in distress—such as patients—by the economical imperative to make money using medicine affects practice and other components of medicine such as medical education, research and collaboration with other scientific disciplines and social services.

The commodification trend is particularly harmful to psychiatry. Most of the seriously mentally ill find it very difficult to enter the work force again—partly because of stigma and discrimination, partly because of self-stigmatisation—and it is not easy to make an economic argument for a massive investment into their treatment and rehabilitation. The commodification trend also affects the choice of postgraduate training, which will to a significant degree depend on an assessment of the benefits that a young graduate can expect when selecting a particular discipline for postgraduate training: in this respect psychiatry fares poorly, as witnessed by the continuing reduction in numbers and proportions of those selecting psychiatry as their profession in many countries. Since quality is measured by cost, family members and other nonprofessional carers will also try to have their relatives treated in the best—and now the most expensive—institution, which will often completely deplete their resources: if the treatment has to continue, they often find themselves unable to continue in the role of carer.

Demographic changes. Demographic changes and trends are also affecting psychiatry. The increasing numbers and proportions of the elderly in the populations increase the probability of an increase of prevalence of comorbidity of mental and physical diseases. The increasing prevalence of comorbidity is also a reflection of medicine's successes in the prolongation of life of people with chronic diseases—people who are at particularly high risk of acquiring mental diseases in addition to their chronic ailment. This represents a major challenge for the health care systems in industrialised countries and soon also in other countries. The health systems are not prepared to deal with the comorbidity of mental and physical illness. Psychiatrists have often not kept abreast with developments in medicine in general and feel incompetent—and in part for that reason also unwilling—to deal with physical illness in people who have mental disorders. The situation is similar with general practitioners and with specialists in various disciplines of medicine, all of whom do not feel confident when it comes to the treatment of mental illness. The tradition of geographic separation of psychiatric and general medical institutions makes things worse¹.

The treatment of a kidney disease in a person with schizophrenia or of obsessional disorders in a person with severe myxoedema—or any other combination of diseases whose management requires solid knowledge of the comorbid diseases and their treatment—is likely to be much less often competently handled by a single physician. The strategy of having two or more specialists participate in the treatment is also not yet a solution—the collaboration between specialists in care often presents difficulties even when there are many of them and easily accessible: the situation is of course worse in countries or regions in which the numbers of specialists is limited.

Changes of family structure. The changes of family structure and its functioning are another demographic factor relevant to psychiatry, in at least two major ways. First, the reduction in the numbers of stable and lasting families in many countries weakens the role of the family as provider of care for its members. This change is not yet ubiquitous, but it is likely that it will become universal. Second, the family has been the main transmitter of culture, and growing up in a family was a way of adopting a system of values and becoming a member of a group with shared traditions: entering into the world without that orientation and with an uncertainty about values that should govern action makes maturing into a useful and well-balanced person a much more chancy process.

The latter development is all the more important in view of the changes to the educational system, which in developed countries continues to postpone the placement of responsibility on the shoulders of those growing up. Whereas in a number of countries girls aged 15 years are married and in others boys have to work for their upkeep from an even earlier age the vast majority of youngsters of highly industrialised countries are in schooling and free of any responsibility until they reach the age of 20 or—if they enter university—the age of 26 or more. The long-lasting latency of responsibility of fully grown up young people represents a risk factor for mental disorders and for socially unacceptable behaviour that is often the result of the tendency of youth to seek to overcome challenges. The misbehaving adolescent and adolescents with mental disorders or passing through a crisis—the subject of many a conference and consultation—are clearly an issue for society and health services in the developed world, likely soon to become universal. Handling these problems is made even more difficult because of the lack of an organised transition and of collaborative arrangements between the mental health services offered to children, adolescents and adults.

Urbanisation. The demographic changes are partly due to the now ubiquitous rapid urbanisation. In most countries of the world more than 50% of the population live in towns, and the numbers of urban dwellers are growing. Urbanisation presents some difficulties and some advantages to mental health service. The advantage is that people with mental health problems who,

¹The situation is somewhat different in the instance of depression—many general practitioners and specialists of internal medicine will prescribe antidepressants to their patients who have depressive symptoms—regardless of whether these are part of a depressive disorder or not.

while dwelling in remote villages, could not reach mental health services now can do so. The difficulty is that mental health services in towns are often overburdened by the influx of people with mental illness and that the previously existing communities in towns are losing their cohesion, identity and readiness to help those in need.

Migration and immigration. Rural-urban migration leads to massive changes of society, particularly when it is simultaneous with the immigration of people from other countries. The poorest countries receive by far the greatest numbers of refugees and immigrants, but the numbers of those entering highly industrialised countries has also grown in the past few decades. Immigrants bring with them their ways of being ill, which gradually change so that the ways of expressing their diseases are no longer similar to the way of disease expression of their home country and not yet similar to the way in which diseases are seen in the host country. They are therefore difficult to recognise and treat. This is only one of the problems that immigration creates for health services. Others stem from the sudden increase in needs for services and from the fact that migrants who arrive in developed countries rarely come accompanied by families who could provide them with help if they fall ill. Migration produces even more difficulties for the donor countries. Continuously losing able-bodied and healthy members, the communities in many of the host countries are ailing—they are composed of children, those who could not migrate because of disease (particularly because of mental disorder) and disability, and those who had to return from the richer countries because of illness. The main source of income for such communities is the money sent home by migrants who have found employment abroad or in towns. With time this kind of support is drying up, thus creating problems for which no country has yet found a satisfactory solution.

The changing position of women in society. The changing position of women in society also has consequences for mental health care. Traditionally, in many societies women brought up children, transmitted cultural values, looked after the disabled, diseased and elderly, took care of the home and participated in the work in the fields. The entrance of women into professions meant an extra burden for them because there were no ready candidates to take on the roles that they play in society. Sometimes they break down under the load of responsibilities with conditions such as “exhaustion depression” described by P. Kielholz nearly a century ago. Others reduce their engagement in traditional roles, which means that the need for care for the chronically disabled becomes greater, that the education of children is passed on to the schools (which often refuse to take it on, arguing that they will transmit knowledge but that the education of the child for life is by and large the responsibility of the parents) and that societies begin to lose their cultural identity and adherence to a value system that previously helped the functioning of the society. Some countries seek the solution to this problem by increasing the number of part-time employment opportunities and facilitating the participation of

fathers in child upbringing by granting paternal leave after childbirth; others rely more heavily on immigrants (who are sometimes poorly trained and do not speak the language of the parents very well) taking on the rearing of children and other roles traditionally played by women. An equitable solution allowing both women and men to work and share their responsibilities in fulfilling the tasks previously completed by women has yet to be found: meanwhile the problems listed above will continue to present a significant risk for the health of the population.

Insularisation and globalisation. Two further trends are of significant relevance for mental health and for the organisation of mental health services: “insularisation” and globalisation. The first, “insularisation”, refers to the paradox of communication in modern society where—in parallel to the ever greater possibility of being in touch with others with e-mail, iPhones, Internet links and related developments—there is an increasing number of people who feel lonely and miss direct human contacts, old-fashioned friendships and emotional engagement. Loneliness has a variety of psychological consequences, particularly in older age groups, most of them not conducive to good health and quality of life. The other major development is globalisation—a trend that at its beginning was seen as being very positive, promising open borders, a free exchange of goods and ideas and a stronger effort to help the world’s poorest—but over time became little more than a one-way transfer of goods and ideas from the highly developed countries to those in the Third World. In addition to the movement of goods, globalisation also contributed to the transfer of value systems and ideals of social organisation from the economically powerful industrialised world to settings where survival depended on other sociocultural rules. An example of this development was the insistence on personal independence as a goal of treatment and rehabilitation of people with mental illness in settings in which interdependence has been a strategy of survival for the sick and the healthy from time immemorial.

Mental disorders and their changes in recent years. Changes of the clinical picture of mental illness. General education in developed countries has reached almost all children and adolescents and it is possible that the disappearance of some of the dramatic forms of schizophrenia (such as its catatonic and hebephrenic forms) and of other psychoses in general is linked to education and increasing capacity to express experiences and inner feelings learned in school and by exposure to ever more present media. The fact that dramatic forms of mental illness are still seen in poor countries and that they seem to be becoming rarer in parallel with the increased coverage of the population by schooling, television and other technological communication innovations might be seen as support for this hypothesis.

In addition to the disappearance of dramatic forms of psychoses (such as extreme megalomaniac delusions), several other changes in the form and severity of mental disorders have also been recorded in recent years. They are not as well described as those that were portrayed

in the 19th and 20th century, possibly because their symptoms are still changing. Depression, early onset of bipolar disorder in children and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are among these, but the list is much longer.

There are also problems that are linked to longer life expectancy, such as in the instance of schizophrenias. Persons with schizophrenia are now, in industrialised countries, often reaching old age and find themselves deprived of the support of their mothers and fathers, who might have died or been struck by dementia and other ailments frequent at older age. Their clinical picture presents a mixture of symptoms of chronic schizophrenia and of signs of accelerated cognitive decline, and their capacity to look after themselves (and sometimes also after their old parents) may be minimal. The reduction of the capacity of mental hospitals and the disappearance (mainly for economic reasons) of the previously promoted transitional institutions such as day and night hospitals, sheltered housing and foster family accommodation makes the management of problems of this type a major and growing challenge.

The uncertainty about “marginal” states. A variety of psychological conditions including burnout syndromes, malaise, marital problems, child misbehaviour, some posttraumatic states, occasional binge eating, mild cognitive problems of senescence and many others have emerged as candidates for disorders that should be handled by psychiatrists, psychologists or alternative medical practitioners (e.g., those practicing homeopathy, Ayurveda or acupuncture). The evidence of efficacy of methods employed to deal with most of these conditions is feeble or nonexistent but none of the professions listed has until now because of that categorically refused to deal with them. Most of these states are not life-threatening although they are sometimes the “straw that breaks the camel’s back”, a problem that comes as an addition to other life problems and illnesses and triggers destructive acts such as suicide.

Increasing prevalence of mental illness. The prevalence and the apparent prevalence—the awareness of the presence of disorders—of some of the well-defined psychiatric syndromes such as depression seem to have grown in recent decades. Among the reasons for this increase are the extension of life expectancy of people with mental disorders (although the mortality of people with mental disorders is still higher than the mortality of people without mental disorders), the better recognition of depressive disorders by medical practitioners and by the population, and the changes of the demographic structure with an increase of the numbers of people who survive into the age of increased risk for depressive disorders. Some other disorders have appeared in recent years, thus for example the mental disorders due to acquired immunodeficiency syndrome while others previously major problems such as those related to quaternary syphilis (progressive paresis) and vitamin B deficiency have practically vanished.

Incidence of mental illness: has it changed? It is possible, although it has not been demonstrated, that the incidence of mental disorders has also increased. The

uncertainty about the changes of incidence of mental disorders is to a large extent due to the lack of evidence about the incidence of mental disorders in the past and to the rarity of well-designed studies of incidence in most parts of the world in our times. The reports about the increasing prevalence and incidence of mental disorders have probably also been influenced by the fact that the development of services for mental illness and the possibility of treating them with medications like other diseases has increased the number of people who come forward asking for psychiatric help.

New forms of mental disorders. Some new forms of mental disorder have also been described and their frequency and consequences are a serious concern for public health authorities. These include behavioural addictions severely damaging individuals who acquire them—such as addiction to gambling, to excessive physical exercise, to the Internet—and a new set of cognitive impairment syndromes. The latter are related to the increasing complexity of the modern world that makes mild cognitive impairment a significant disadvantage and obstacle for normal life and to the aging of populations which brings with it an increase in the number of people with senescent memory difficulties.

Paradigms of mental health service: need for revisions

The principles of mental health service organisation defined in the second part of the 20th century included:

- 1) a continuous effort to reduce the number of mental hospitals and reduce the size of those that have not been disestablished;
- 2) the placement of mental health services in the primary health care services in communities which they are to serve;
- 3) the reliance on the strategy of community care for the mentally ill and impaired (including their reinsertion into communities and rehabilitation);
- 4) task shifting—the transfer of responsibility for the treatment of mental illness to the general practitioners and other services; and
- 5) in some low income countries the selection of “priority conditions” disorders such as schizophrenia and epilepsy which will be given priority (concerning funding of care, education about their treatment, etc.).

Recent years have clearly demonstrated that the above principles will have to be amended, adjusted to the current and future situation concerning care and treatment.

Closure of mental hospitals. The consequences of the abrupt closure of mental hospitals have not been as beneficial as it was hoped. The services which were supposed to take on the care of people who were interned in mental hospitals have only rarely been sufficiently strengthened to take on their new task. In some instances the closure of mental hospitals resulted in a major increase of numbers of mentally ill people admitted to prisons. This transinstitutionalisation did not benefit

patients and did not decrease the cost of care as was expected; the main changes were that the judicial system now bore the cost that was previously paid by the health system and that the people with mental illness received even less medical care than before. In other instances the mentally ill ejected from hospitals became vagrants and it is likely—although the evidence about their fate is scarce—that their mortality was heightened and that their life was one of misery. The diminution of number of patients treated in mental hospitals did not necessarily lead to a better service, more human contact and more competent care: in some places the buildings previously used to house the patients were left to decay making the mental hospital even more frightening than it was. Where the reduction of size of mental hospitals went hand in hand with better service the patients experienced clear benefits and in instances in which they were located in the community which was well prepared to receive them they reported an improvement of quality of life. Regrettably, in many countries the reduction of the size of mental hospitals did not go hand in hand with an increase of funding for outpatient and community care nor with a development of services in the community.

Placing mental health care into the community.

The placement of mental health services in the structure of general health care in the community worked well in some places but not in others. In some instances the communities were strongly opposed to having a mental health facility next door, near to them. It was clear that time and money should have been invested to make members of the community learn more about mental illness and to take other measures that can reduce the stigma of mental illness, yet it was rare that the budget of the institutions that were to be placed in the community included funds that could be used to prepare for the move of service into the new setting. Stigma of mental illness also affected the use of services in the community: people with a mental illness often avoided going to a psychiatric service in their neighbourhood and sought help far away, so as to avoid stigmatisation that would have followed treatment and recognition that they are in treatment for mental illness in their own setting.

The insistence on community care as the main form of mental health service provision hit two other problems as well. First, in many places the communities of the type that the originators of the community care strategy had in mind when composing the strategy have vanished from many countries and are likely to vanish from others. Rapid urbanisation and high-rise dwelling meant that neighbours do not know each other and are unlikely to offer help or accept a person with mental illness as one of their community. The diminution of the size of families, with a predominance of nuclear families in which both adults are out to work and the children are in school, further reduced the creation of ties and connections among people living on the same territory. The second problem was that of staff attitudes. Most of those employed in mental health services entered the profession with the expectation of working in an institution, possibly and probably next to departments of other specialties. The notion that the service will be outside of

institutions and far from colleagues who could offer help and advice if necessary is not particularly attractive to staff who therefore often tried to slow down the move out of the facilities to areas—sometimes slums—presenting danger to those working there or just being far from other medical services and colleagues.

Task shifting. The strategy of task shifting is not a recent invention. The notion that general practitioners should be invited to participate in the treatment of mental illness or to take full responsibility for it was voiced in the late 19th century by Ray, Griesinger and others. Research in the 20th century demonstrated that general practitioners are often the first point of contact for mental disorders such as depression and a variety of studies showed that they can provide treatment to those patients if given some additional training. Even personnel with shorter education such as nurses and medical assistants, who carry most of the primary health care in many countries, can adequately deal with many mental disorders if properly trained. It therefore seemed logical that the lack of psychiatrists should be compensated for by shifting many of the tasks involved in the treatment of mental illness to primary care agents. There are, however, problems with this strategy. Many general health care agents do not wish to be responsible for the treatment of mental illness. Sometimes this is because they have not been adequately trained to do so during their medical or nursing training. Sometimes the stigma of mental illness makes them feel that they cannot make the mentally ill better and that, in addition, when treating them they might be exposed to aggression. Sometimes they just felt that dealing with mental illness would hugely increase their workload, which is often heavy. In recent years the notion that all general practitioners should be trained in psychiatry has been replaced by a different strategy, characterised by three tenets: first, that only those family physicians who volunteer should be given the training; second, that the training should be provided by a general practitioner experienced in the treatment of mental illness (who is a more credible teacher for GPs) with the psychiatrist serving as a resource person rather than as the main teacher; and third, that the training should be focused on problems most frequently seen in general health care. It was also stressed that the training should be of a duration that is compatible with the obligations of general health care agents, and thus take the form of a spaced out series of short training courses lasting no longer than a few hours or an afternoon.

The use of new technology and other desirable changes to improve mental health care. Medical training before and after graduation is clearly an important avenue for the introduction of changes of the health system necessary to reflect the revision of paradigms mentioned above as well as of the sociocultural and technological changes characterising our times. The latter include the use of new technology—e.g., Internet and mobile phones that make it possible to strengthen the self-help arsenal of treatment in psychiatry—as well as the need to recognise that patients and families must be seen and treated as partners in the provision of treat-

ment, in rehabilitation and in planning of health services. Improved medical education is also of central importance in dealing with problems related to the fast increase of prevalence of comorbidity of mental and physical disorders which must be seen as a major challenge to medicine of our century.

Prevention and reduction of stigmatisation and its consequences. Among the many other paradigms of care that will have to be reviewed and updated if mental health care is to be provided to all those who need it is also the imperative need to include the fight against the stigma of mental illness among the routine tasks of the health system rather than attempt destigmatisation by occasional campaigns or by the organisation of special events. Major international studies demonstrated that it is possible to reduce stigma or prevent it if the action against stigma is permanently among the priorities of the health care and educational system.

The relevance of local conditions. All of the above will have to be considered in light of the realisation that policies and plans that are imposed on all parts of the world or a country will fail. While a few general princi-

ples are valid for all health care, the way to success is the adaptation of health care strategies to the local situation, a wise use and combination of elements of service based on evidence and experience in the context of the setting in which care is to be provided.

Conclusion and coda

Research and experience acquired during the past century provided evidence about the huge magnitude and severity of mental health problems and about effective ways of dealing with them. The vast social, ecological, economic and cultural development of recent years confirmed the importance of dealing with mental health problems and underlined the need to update paradigms of mental health care developed in the past.

The time to act is now and it is of crucial importance that psychiatrists and others knowledgeable about mental health and mental health problems take an active role in shaping new strategies of promoting mental health, preventing mental illness and mental health problems and providing care to those who are affected by them.

Bibliography

1. Sartorius N., Emsley R. A. Psychiatry and technological advances: implications for developing countries // *The Lancet*. 2000. 356: 2090-2.
2. Stuart H., Arboleda-Florez J., Sartorius N. *Paradigms Lost—Fighting Stigma and the Lessons Learned*. Oxford University Press, 2012. 304 p. (Also available under Oxford Medicine Online.)
3. Sartorius N. A new model of community care // *Lancet Psychiatry* (Aug), 2014. 1(3), P. 170–1. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70260-3.
4. Sartorius N., Holt R. I. G., Maj M. (eds.) *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*. Karger, 2015. Vol. 179, 188 p.
5. Sartorius N. *Fighting for mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Скугаревский О. А., д. м. н., профессор, Старцев А. И., Короткевич Т. В., к. м. н.,
Белорусский государственный медицинский университет,
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь

Аннотация

Приведены основные направления реформирования системы охраны психического здоровья в Республике Беларусь на современном этапе, включающие: обеспечение доступности психиатрической помощи и ее оказание на всех уровнях — амбулаторном, полустационарном и стационарном всем слоям населения, оптимизацию психиатрического коечного фонда и рационализацию работы психиатрических коек, развитие внебольничных видов психиатрической помощи, профилактику суицидального поведения среди населения республики.

Ключевые слова

Деинституализация, дестигматизация, психообразование, психопрофилактика, депрессия, суициды, зависимость.

STRATEGIES FOR THE DEVELOPMENT OF THE MENTAL HEALTH SERVICE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Skugarevsky O. A., MD, PhD, Professor, Startsev A. I., MD,
Korotkevich T. V., PhD (Medicine),

**Belarusian State Medical University,
Republican Scientific and Practical Mental Health Centre,
Minsk, Belarus**

Abstract

The major guidelines for reforming the mental health services in the Republic of Belarus are described, including: ensuring accessibility of psychiatric care and its provision to the population at all levels—in-patient, semi-in-patient and out-patient; optimization of psychiatric ward facilities and rationalization of the work of wards; developing the ways to provide psychiatric care outside of the clinics; prevention of suicidal behaviour among the population of the republic.

Key words

Deinstitutionalization, destigmatization, psychoeducation, psychoprophylaxy, depression, suicides, addiction.

Вопросы охраны психического здоровья в Республике Беларусь находятся в компетенции системы Министерства здравоохранения страны и на настоящий момент, к сожалению, не имеют официального статуса приоритетного направления системы оказания помощи населению. Принципиальные организационные и методические аспекты оказания специализированной помощи населению регламентированы Законом о психиатрической помощи (последняя редакция — 2012 г.) и утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь Клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (2010 г.). Профессиональное единение врачей-психиатров-наркологов осуществляется, в том числе, в рамках деятельности Общественного объединения «Белорусская психиатрическая ассоциация», интегрированного члена Европейской и Всемирной психиатрической ассоциации.

Ключевые направления модернизации службы охраны психического здоровья детерминированы современным пониманием биопсихосоциальной природы психических и поведенческих расстройств наряду с принципиальным переключением вектора цели оказания такой помощи: от сдерживания и изоляции к оказанию помощи в наименее ограничительных условиях в целях скорейшего восстановления социального и профессионального статуса пациента на фоне стабильного психического функционирования. Принципиальным моментом стратегического направления развития системы охраны психического здоровья является параллельное реформирование психиатрической службы, с одной стороны, психотерапевтической и психологической, — с другой.

Существующая система финансирования отрасли здравоохранения в стране в реалиях настоящего момента предъявляет высокие требования к определению очерченных оправданных ориентиров для целевых финансовых вложений. Организационно-методическое руководство по созданию актуального социально- и клиничко-эпидемиологического профиля проблемных зон психического здоровья белорусской популяции координирует Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». На повестке дня стоит работа

по созданию эффективно функционирующего регистра психических и поведенческих расстройств, позволившего бы гибко реагировать на изменение структуры заболеваемости, контролировать в краткосрочной и долгосрочной перспективе эффективность (в том числе финансовую) стратегических нововведений, например, процессов деинституализации.

Перераспределение акцентов в оказании помощи со стационарной на амбулаторную хоть и небольшими темпами, но поступательно происходит в стране за счет открытия психиатрических отделений в соматических больницах, расширения сети отделений дневного пребывания, увеличения объема и доступности предоставляемых услуг амбулаторно-поликлиническим звеном (прежде всего психолого-психотерапевтическая помощь). Внедрение стационарзамещающих технологий производится без ущерба для полноценного обеспечения потребностей в стационарной помощи. Отдельного внимания заслуживает стратегия внедрения технологий оказания специализированной помощи целевому контингенту. Так, в частности, в республике внедрены возможности оценки риска и мониторинга состояния пациентов с риском первого психического эпизода. Успешно осуществляется амбулаторное сопровождение лиц, страдающих нарушениями пищевого поведения, расстройствами аутистического спектра, синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Служба охраны психического здоровья исключительно важным направлением своей активности считает действия по дестигматизации как в отношении самих пациентов и членов их семей, так и в плане коррекции социальных стереотипов в отношении в целом психического здоровья и психиатрии. Отрядным, на наш взгляд, следует признать разработку и внедрение в стране психообразовательных программ для пациентов и их родственников, волонтерскую работу в школах по профилактике суицидального и аддиктивного поведения, выработке навыков ответственного отношения к психическому здоровью и его сохранению. Педагогический процесс преподавания нейронаук в медицинских вузах также ведется с применением дестигматизирующих технологий. В Гродненском государственном медицинском университете (один из ключевых медицинских вузов республики) успешно функ-

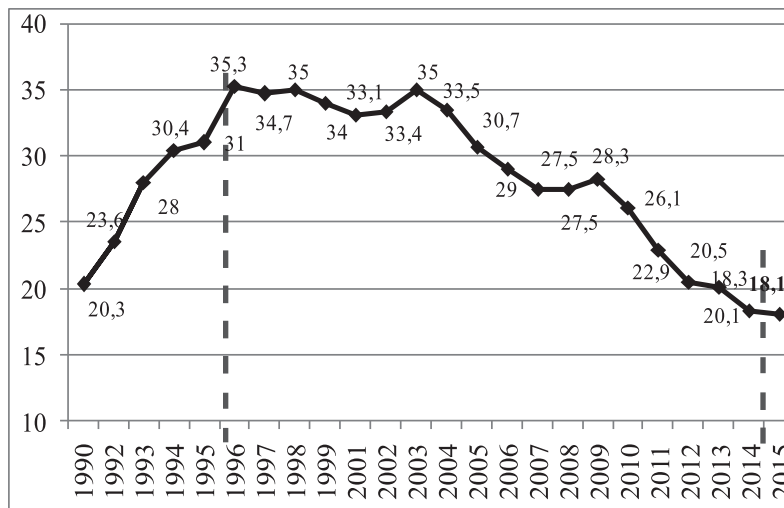


Рисунок. Динамика частоты завершённых суицидов среди населения Республики Беларусь с 1990 по 2015 гг. (на 100 000 жителей)

ционирует медико-психологический факультет, прицельно готовящий специалистов для службы охраны психического здоровья страны.

Стратегическое внимание в последние годы было уделено направлениям оказания психиатрической помощи лицам с так называемыми распространенными психическими расстройствами (D. Goldberg, P. Nuxley): расстройства настроения (депрессивные и тревожные расстройства), проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ. Это позво-

лило достичь значимых позитивных целей в профилактике суицидального поведения, создании системы раннего вмешательства при расстройствах аддиктивного спектра у молодого контингента. Отмечается однозначный позитивный тренд в уменьшении суицидальной активности жителей республики (на 100 000 жителей, см. рисунок). В стране созданы организационные и технические возможности для ранней детекции новых «дизайнерских» наркотических средств.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Согоян А. Ф.,

Ереванский Государственный медицинский университет имени Мхитара Гераци,
Центр Психосоциального регулирования,

Торосян С. А.³, Главный психиатр МЗ РА,
Психиатрический центр «Нубарашен»,
Ереван, Армения

MODERN ASPECTS OF MENTAL HEALTH DEVELOPMENT IN ARMENIAN REPUBLIC

Soghoyan A. F., Torosyan S. A.,
Yerevan, Armenia

В результате распада Советского Союза в Армении, как и в других странах, социально-экономические трудности отразились также и на судьбе психиатрической службы. Если до этого психиатрическая служба была четко урегулирована и не имела ни финансовых, ни кадровых проблем, то в переходном периоде ухудшились условия психиатрических больниц, сократилось финансирование здравоохранения в целом и в

том числе финансирование психиатрии. Отсутствие законов и юридических норм, соответствующих новым условиям возымело негативное последствие на психиатрические службы и на людей, имеющих психические расстройства. Первые шаги к урегулированию данной области начались в 2004 г., когда был принят закон РА «Об оказании психиатрической помощи», а после целого ряда законодательных актов, ставших основой

для психиатрической помощи и отношений при оказании психиатрических услуг. Значимое внимание стало уделяться защите прав больных, однако ситуация была еще далека от удовлетворительной.

В Армении пока что реально не применяются широкомасштабные эпидемиологические исследования, а следовательно, отсутствуют достоверные и характерные для нашей страны данные. Наличие статистических данных основаны на отчетах, представляемых оказывающими услуги организациями. Согласно их данным число зарегистрированных в психиатрических диспансерных учреждениях составляет приблизительно 1,8% от общего населения.

Психиатрическую стационарную помощь оказывают следующие организации: Психиатрический центр «Нубарашен», Психиатрический центр «Норк», Центр психического здоровья «Аван», Клиника неврозов, Республиканский наркологический центр, Медицинский центр «Артмед», Центр психического здоровья «Стресс», отделение психосоматики Медицинского центра Армении, психиатрическое отделение Республиканского Противотуберкулезного диспансера, Гюмрийский центр психического здоровья, Лорийский областной психоневрологический диспансер, Капанский психоневрологический диспансер, Севанская психиатрическая больница, Армашский Центр здоровья имени академика Арсена Айриана, Мед. центр Св. Григор Лусаворич, Мед. центр Арабкир, ООО «Алфа Бетта», Армяно-Канадская компания «Мепл Лифс». Последние четыре организации и психиатрические кабинеты областных поликлиник осуществляют только внебольничную психиатрическую помощь. Общее число коек составляет на 10 000 населения 6,9. Основные психотропные лекарства доступны 100% зарегистрированных больных. Кроме предоставляемого больным бесплатного лечения, те из них, кто имеет потерю трудоспособности получает финансовую поддержку государства в виде пенсии по инвалидности.

Количество психиатров в расчете на 100 000 населения составляет 5,8, наличествует нехватка обеспеченностью специалистами особенно в областях.

Существующая система психиатрической службы, внимание и усилия которой сконцентрированы на зачисленных в психиатрических диспансерах людях, имеющих психические расстройства, в реальности упускает из виду проблемы поддержания психического здоровья всего населения. Психиатрические услуги предоставляются в основном государственными организациями, вследствие чего исключена как конкуренция так и возможность привлечения частных внедрений в область, а государственных средств не всегда достаточно для развития службы.

Как было показано выше, в последнее время присутствует положительный сдвиг в развитии частной психиатрии.

В целом в психиатрической службе есть серьезные проблемы с физическим капиталом. Из за нехватки специальных восстановительных центров, кризисных центров и общинных дневных центров для лиц с психическими расстройствами в стационары поступа-

ет дополнительное число больных, 50%-в из которых не нуждаются в активном лечении и получают лишь психиатрическую опеку.

Психосоциальная реабилитация недостаточно обеспечивается в психиатрических больницах.

В условиях отсутствия организованного оказания психиатрической помощи трудноразрешимой задачей становится избегание стигмы, так как пациенты не имеют альтернативы психиатрическим больницам, в которых сконцентрированы квалифицированные психиатрические кадры.

Финансирование организаций, оказывающих психиатрические услуги осуществляется по существу исключительно из государственного бюджета. Сумма выделяемая на здоровье, на психиатрические службы на самом деле растет или уменьшается в зависимости от бюджета, который предоставляет сумму для покрытия расходов на службы, оказывающие услуги людям имеющим проблемы с психическим здоровьем. В настоящее время из расходов на государственное здравоохранение только 3,5% уделяется психическому здоровью. В условиях централизованной системы служб психического здоровья львиная доля расходов (88%) уделяется психиатрическим клиникам.

Современная психиатрия находится на этапе реформ, которые направлены на демократизацию помощи, на ее доступность и достижение близости к населению.

Всемирный опыт показывает, что психиатрическая помощь не может уместиться лишь в пределах действующих психиатрических служб. Однозначно необходимо взаимодействие между здравоохранительной, социальной и образовательной системами, особенно по интеграции некоторых видов психиатрической помощи в организации оказания первичной помощи, по формированию психиатрической службы в многопрофильных больницах и по внедрению служб, оказывающих помощь на общинном уровне.

Необходимо реформировать область оказания услуг, внедрив основанный на многосторонний подход широкий ассортимент служб, которые позволят людям с проблемами в области психического здоровья сделать выбор предпочитаемого способа лечения и контроля за своей личной жизнью, включая службы оказываемые на общинном уровне, как например жилищная поддержка, дневные центры и программы психосоциальной реабилитации. Однако для этого всего не было необходимых условий и условия полностью соответствовали «постсоветскому порочному кругу». Финансов не хватает и поэтому не развиваются внебольничные службы, из за этого учащаются обострения заболеваний, из за чего увеличивается число нуждающихся в больничном лечении, а по этой причине подавляющее большинство суммы направляется на дорогие больничные службы, и в итоге финансов не хватает.

Для решения обозначенных задач правительством РА в 2013 и 2014 годах были приняты решения, которыми были подготовлены условия для улучшения учреждений опеки, деинституционализации и для создания общинных служб, была утверждена стратегия

развитии и улучшения психического здоровья и план действий на 2014–2019 гг. об охране и улучшении психического здоровья, а также были. В результате осуществления действий предусмотренных четко обозначенным временным графиком, обеспечивающим выполнение стратегии, будет возможно полностью улучшить службы психического здоровья, сформировав в Армении такую систему психического здоровья, которая будет основана на сочетании передового мирового опыта и условий Армении, что обеспечит охрану и улучшение психического здоровья населения, а также в случае наличия расстройств максимально эффективную и доступную психиатрическую помощь, опеку и психосоциальную реабилитацию.

Конечно, в области психического здоровья основным игроком является государство, однако очень важна деятельность общественного и частного сектора, особенно в деле апробации и внедрения новых подходов и моделей. А взаимодействие между этими тремя является залогом успеха.

Первыми ласточками являются:

- Спитакский дом опеки — создан инициативой Министерства труда и социальных вопросов, при поддержке Армянского фонда открытого общества, мэрии города Спитак, Лорийского марзпетарана

(областного центра управления) и Армянской психиатрической ассоциации. Первый раз в Армении больные, которые могут жить самостоятельно, из учреждений опеки переведены сюда и живут в общине, в почти равноценных домашних условиях;

- Рекавери колледж — сформирован совместными усилиями Армянской психиатрической ассоциации и Центра психосоциального регулирования. Он первый для Армении и всего региона и его основная особенность заключается в том, что преподавателями являются равные консультанты: люди, которые имели те или иные психические заболевания, имеют опыт лечения и преодоления и теперь вместе с академическими лекторами учат слушателей своему опыту;
- специалистами учереждения по выполнению программ Министерства Здравоохранения РА подготовил кредитную программу Всемирного банка, которая представлена в правительство РА. После представления во Всемирный банк и в случае успеха, будет обновлена практически вся психиатрическая служба и обеспечены условия для предоставления услуг с новейшими возможностями и станет возможным осуществление утвержденной правительством стратегии.

Библиографический список

1. *Մոնրյան Ա. Զ.* «Նոգեկան առողջության ոլորտի բարեփոխումները Հայաստանի Հանրապետությունում» «Ընթացիկ, հասարակություն և եկեղեցի. Փամանակակից մարտահրավերներ» Գիտաժողովի նյութեր, Եջմիածին, սեպտեմբեր 29–30, 2015, էջ 154–160.
2. *Soghoyan A., Hakobyan A., Davtyan H., Khurshudyan M., Gasparyan Kh.* Mental health in Armenia // International Psychiatry, July 2009, Vol. 6. No. 3. P. 61–63.
3. *Gasparyan Kh., Soghoyan A., Yeghiyan M., Mirzoyan A.* Current Issues of Mental Health Policy in Armenia // The Journal of Mental Health Policy and Economics, March 2009. Vol. 12, Suppl. 1, p. S18.
4. *Soghoyan A., Khurshudyan M., Gasparyan Kh.* Current trends in Psychiatric outpatient Services in Republic of Armenia // Abstract Book, WPA Regional Meeting, Dhaka, January 21–23, 2010. P. 54.

РЕФОРМА В СИСТЕМЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ГРУЗИИ

**Чкония Э. Д. д. м. н., профессор, Берия З. В., д. м. н., профессор,
Тбилисский государственный медицинский университет,
Тбилиси, Грузия**

Аннотация

На протяжении последнего десятилетия прошлого века Грузия перенесла труднейшие социально-экономические и политические потрясения. В течении нескольких лет резко сократилось количество психиатрических коек. К сожалению, наряду с другими странами, в Грузии сокращение больничных услуг не было сбалансировано развитием амбулаторных и общинных сервисов.

Для системного решения проблем в психиатрической помощи Парламент Грузии в декабре 2013 г. утвердил «Государственную концепцию психиатрической помощи». Это основной документ, который определяет государственную политику по вопросам охраны психического здоровья и направления развития этой сферы в течение ближайших 10 лет. Она гарантирует участие всех заинтересованных сторон (государственных и негосударственных организаций) в разработке системы охраны психического здоровья для достижения максимального результата в соответствии со своими потребностями, возможностями и интересами.

Одним из важнейших направлений государственной концепции является обеспечение сбалансированного ухода за больными. Это подразумевает баланс между стационарным и внебольничным уходом, между медикаментозным и немедикаментозным лечением, между методами профилактики, лечения и реабилитации, а также индивидуальными, семейными и общественными интересами. Эффективная психиатрическая помощь должна быть всесторонней, непрерывной и ориентированной на пациента.

Для реализации Государственной Концепции был разработан Государственный стратегический план действия на 2015–2020 гг., утвержденный министерством здравоохранения Грузии в декабре 2014 г.

Ключевые слова

Реформа, психическое здоровье, деинституционализация.

MENTAL HEALTH REFORMS IN GEORGIA

**Chkonia E. D., PhD, MD, Professor, Beria Z. V., PhD, MD, Professor,
Tbilisi State Medical University,
Tbilisi, Georgia**

Abstract

Georgia experienced social-economic and political turmoil at the end of 20th century. During decades the number of psychiatric beds has dropped dramatically. Unfortunately, reduction of hospital services has not been balanced with development of outpatient and community based services. In order to address the problems and challenges in a systematic way, the State Concept on Mental Health Care» was adopted by the Parliament of Georgia in December, 2013. It outlined the importance of the development of mental health care in this country. It is the main document for the mental health policy that defines the state policy on mental health progression over the next 10 years. The document ensures the participation of all stakeholders in the improvement of the mental health system to achieve maximum results in accordance with their needs, abilities and interests. One of the most important directions of the state concept is to provide balanced care. Development of a balanced care model implies both hospital and community-based care/services and entails maintaining a balance between medicated and non-medicated treatments, between individual, family and community interests, as well as between methods of prevention, treatment and rehabilitation. To introduce the state concept, in December, 2014, the Georgian Ministry of Healthcare developed and adopted the National Strategic Plan of Action from 2015 to 2020.

Key words

Reforms, mental health, deinstitutionalization.

Общие данные. Грузия расположена в центральной и западной части Закавказья. Население страны составляет 3 729 500 (2015 г.). Грузия занимает 75-е место по индексу человеческого развития ООН. Свою независимость она восстановила в 1991 г., после распада СССР. На протяжении последнего десятилетия прошлого века Грузия перенесла труднейшие социально-экономические и политические потрясения, включая гражданскую войну и две революции. Экономика была почти парализована. Медицинские услуги начали восстанавливаться к концу 1990-х годов. Система здравоохранения нуждалась в реформе. Нужно было перейти с системы «Семашко» на новую, более адекватную модель [6].

После обретения независимости, в Грузии, в течение нескольких лет резко сократилось количество психиатрических коек. Это была общая тенденция в странах постсоветского пространства. С 1995 г., в республике число психиатрических коек сократилось, почти в 5 раз, что было вызвано недостаточным финансированием служб охраны психического здоровья.

К сожалению, наряду с другими странами, в Грузии сокращение больничных услуг не было сбалансировано развитием амбулаторных и общинных сервисов [1].

Статистические данные. В настоящее время стационарная помощь проводится в монопрофильных психиатрических клиниках, а также в психиатрических отделениях стационаров общего типа. Всего

1400 коек (28,44 коек на 100 000 населения). Наряду со стационарным обслуживанием, в разных регионах страны, действуют 18 амбулаторных психиатрических клиник («профилактории») [2]. Несмотря на это, службы охраны психического здоровья по всей стране распределены неравномерно. Объем и качество услуг намного хуже в относительно бедных и отдаленных районах. Почти половина (48%) всех лицензированных врачей-психиатров работают в столице, страны в Тбилиси [5].

По официальным данным, в 2015 г. в Грузии было зарегистрировано 68 922 больных с психическими и поведенческими расстройствами. Уровень распространенности психических расстройств на 100 000 населения составляет 1536,0, а показатель заболеваемости 67,3 на 100 000 (из них 30,89% имеют диагноз шизофрении, шизотипических или бредовых расстройств, а 27,72% — диагноз умственной отсталости разной степени, см. табл. 1).

Эти данные намного занижены по сравнению с данными ВОЗ по распространенности психических заболеваний и не соответствуют реальности. Возможной причиной этому могут являться следующие факторы [8]:

1. Дефицит систем сбора статистической информации: Официальные данные показывают только число пациентов, которые проходили лечения в психиатрических учреждениях.

Таблица 1. Распределение психических и поведенческих расстройств по диагнозу. Грузия, 2015

	Новые случаи	Число зарегистрированных больных к концу года	Заболеваемость на 100 000 населения	Распространенность на 100 000 населения
Всего	3020	68 922	67,3	1536,0
Органические психические расстройства	595	10 153	13,3	226,3
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	3	2033	0,1	45,3
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	933	21 292	20,8	474,474
Расстройства настроения (аффективные расстройства)	273	4702	6,6	104,104
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	221	6829	4,4	152,152
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	4	428	0,0	9,9
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	42	3680	0,0	82,82
Умственная отсталость	603	19 109	13,13	425,425
Расстройства психологического развития	223	254	5,5	5,5
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте	123	442	2,2	9,9

2. Дефекты в системе отчетности: В советское время регистрация психических расстройств являлось обязательным и было строго регламентировано. В соответствии с Законом «О психиатрической помощи», которая была принята в 1995 г., пациенты не обязаны регистрироваться и встать на учет. Но в таком случае они не смогут пользоваться государственной программой по охране психического здоровья. Им придется оплачивать свое лечение или никогда не обращаются за помощью.

3. Низкий показатель обращаемости к специалистам работающих в области психического здоровья: из-за различных факторов, таких как стигма, недостаток знаний и т. д. большинство граждан не обращаются к психиатрам. Они идут к другим специалистам или занимаются самолечением.

Таким образом, лишь небольшая часть людей, которые нуждаются в психиатрической помощи, действительно получают соответствующие услуги.

Страна не имеет каких-либо консолидированных данных об использовании системы и услуг.

Программа психического здоровья в Грузии. Бюджет на охрану психического здоровья в Грузии увеличивается с каждым годом, но объем расходов существенно не меняется и составляет 2,5% от всех расходов на здравоохранение.

В Грузии программа по охране психического здоровья, как часть новой общей программы здравоохра-

нения, была принята в 1995 г. В рамках Государственной программы лечение психозов полностью финансируется государством. Программа пересматривается каждый год и утверждается Министерством Здравоохранения Грузии.

В табл. 2 приведены изменения в распределении бюджетных средств в период с 2006 по 2015 гг. Таблица наглядно иллюстрирует постепенное увеличение объема финансирования и диверсификации пакета услуг для лиц с психическими расстройствами.

Большая часть расходов направляется на обслуживание психиатрических стационаров и гораздо меньше выделено на амбулаторную и внебольничную помощь. Психиатрические больницы по-прежнему доминируют в системе психиатрической помощи и там сосредоточены почти все финансовые и человеческие ресурсы [3].

Нормативно-правовая база. Новый закон о психиатрической помощи вступил в силу в 2007 г. и ввел ряд новых методов, которые были оценены как прогрессивные и соответствующие международным принципам защиты прав человека [9]. Были приняты новые регуляции для принудительной госпитализации, усовершенствованы процедуры принятия судом решений, связанных с применением физического стеснения.

В 2009 г. грузинские эксперты проанализировали осуществление этого закона [6] и предложили дополнительные модификации.

Таблица 2. Распределение бюджетных расходов на компоненты психиатрической помощи. 2006–2015 (inGEL)

Вид психиатрической помощи	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Амбулаторно-поликлиническая психиатрическая помощь	1,200,000	2,000,000	2 397 442	2 597 232	2 597 232	2 734 000	2 855 000	2 866 000	2 865 300	2 865 300
Психо-социальная реабилитация		50 000	70 100	70 100	70 100	47 000	70 000	70 000	65 700	70 100
детская психиатрическая помощь				100 688	151 032	75 500	151 000	151 000	151 000	151 000
Кризисная интервенция						14 000	520 500	662 485	662 300	662 300
Мобильная группа										96 800
Стационарная	3 750 000	4 900 000	5 882 558	6 933 780	6 933 780	7 457 000	9 244 400	9 280 800	10 420 300	10 778 700
						99 000				
Неотложная стационарная помощь				45 000	45 000	45 000	97 600	3 190	0	0
Стационарная наркологическая помощь				48 000	144 000	144 000	164 200	225 000	445 900	481 200
Психоневрологический интернат								466 500	526 600	540 000
Всего	4 950 000	6 950 000	8 350 100	9 794 800	9 941 144	10 615 500	13 102 700	13 725 000	15 137 100	15 645 400

В 2013–2014 гг. процесс усовершенствования закона был продолжен, внесены изменения касающиеся процедур судебно-психиатрического лечения.

Окончательный вариант обновленного закона был утвержден весной 2014 г. Парламентом Грузии [11].

Процесс деинституционализации. Деинституционализация была главной основой для нового процесса реформ, который начался с 2011 г. Особенно актуальным было закрытие «главной» психиатрической больницы страны на 250 коек (бывшего НИИ психического здоровья им. М. Асатиани), расположенной в центре Тбилиси.

Вместо одного большого психиатрического учреждения открылись новые психиатрические отделения в больницах общего профиля (всего 120 коек) для острых случаев, созданы пансионаты для долгосрочного содержания лиц с хроническими психическими расстройствами. В больших городах (в Тбилиси, Батуми, Рустави и Кутаиси) начали функционировать кризисные и асертивные сервисы, дневные стационары и мобильные группы. Были введены новые принципы финансирования (по типу обслуживания/сервиса), разработаны и утверждены новые гайдлайны, протоколы лечения, а также этический кодекс поведения [7].

Эти изменения сразу же привели к резкому снижению пребывания больных в стационарах, в среднем от двух-трех месяцев до 14–20 дней (Curatio International Foundation. 2014). Недостаточное развитие внебольничных услуг вызвало острую потребность долгосрочного стационарного обслуживания и, тем самым, недовольство родных и близких, а иногда и самих пациентов.

Для системного решения проблем в психиатрической помощи Парламент Грузии в декабре 2013 г. утвердил «Государственную концепцию психиатрической помощи». Это основной документ, который опре-

деляет государственную политику по вопросам охраны психического здоровья и направления развития этой сферы в течение ближайших 10 лет. Она гарантирует участие всех заинтересованных сторон (государственных и негосударственных организаций) в разработке системы охраны психического здоровья для достижения максимального результата в соответствии со своими потребностями, возможностями и интересами [10].

Одним из важнейших направлений государственной концепции является обеспечение сбалансированного ухода за больными. Это подразумевает баланс между стационарным и внебольничным уходом, между медикаментозным и немедикаментозным лечением, между методами профилактики, лечения и реабилитации, а также индивидуальными, семейными и общественными интересами. Эффективная психиатрическая помощь должна быть всесторонней, непрерывной и ориентированной на пациента.

Для реализации Государственной Концепции был разработан Государственный стратегический план действия на 2015–2020 гг., утвержденный министерством здравоохранения Грузии в декабре 2014 г.

Основными стратегическими приоритетами государственного плана развития психиатрической помощи являются следующие направления.

1. Улучшение координации в области психического здоровья.
2. Интеграция охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи.
3. Реструктуризация существующих амбулаторных служб охраны психического здоровья в общинные сервисы.
4. Реструктуризация существующих больничных коек и создание новых.
5. Поддержка психического здоровья и профилактики психических расстройств.

6. Повышение осведомленности общественности в вопросах психического здоровья.
7. Разработка системы мониторинга качества.
- Глобальная реформа государственной системы охраны психического здоровья требует персистентности и большого усердия. Вероятнее всего в процессе перемен будет много сложностей и преград, а порой и неудач, но мы уверены что сможем преодолеть все трудности и достичь положительных результатов.

Библиографический список

1. *Zavradashvili N., Makhasohili N., Eliashvili M., Zurlo K., Chkonia E.* Assessing the need for a protected living environment among severely mentally ill adults in the republic of Georgia // *Georgian Med News*, 2014. (227):48–51.
2. Curatio International Foundation: *Mental Health Care in Georgia – Challenges and Possible Solutions. A Policy Brief.* Tbilisi. 2014.
3. *Chkonia E., Gobronidze N., Morgoshia S.* Attitude toward mental health in the Republic of Georgia. 2016. *European Psychiatry*, (33):517.
4. GIP-Tbilisi. *Analytical Review of Implementation of Law on Psychiatric Care.* 2009. Tbilisi.
5. *Kenchadze V., Chkonia E., Beria Z.* Trends in the use of outpatient psychiatric services in the republic of Georgia // *Georgian Med News*, 2013. (215):60.
6. *Makhashvili N., Van Voren R.* Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia // *PLoS Med*, 2013. 10(1).
7. Ministry of Labour Health and Social Affairs of Georgia. 2014. http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=68.
8. *Morgosia S.* Policing and Planning: Deinstitutionalization of Mentally Ill in Georgia. Master thesis. 2015. University of Lisbon
9. Open Society Georgia Foundation: *Analysis of Georgian Healthcare related Legislation.* 2011. Tbilisi
10. Parliament of Georgia: *State Concept on Mental Health Care.* 2013. Adopted in December 2013.
11. Parliament of Georgia: *Healthcare and Social Affairs Committee. Amendments to the “Law on Psychiatric Care” and to the “Georgian Criminal Justice Process Code”.* 2014. (07–3/322 03.04.14). Adopted on 26.07.2014.

DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH & PSYCHOTHERAPY IN INDIA & SOUTH ASIA

**Shankar G., Dr., Professor,
Head of Department of Human Consciousness and Yogic Science,
Dr. Harisingh Gour Central University,
SAGAR-470003 M. P. India**

Until the time of independence of most of the countries in South Asia (in the Indian sub-continent) from British rule in 1947, mental health services in the region were exclusively centered in the large mental hospitals, previously called asylums, located in some of the cities of the region (Madras, Bombay, Calcutta, Poona, Ranchi, Lahore, Colombo etc)—a reflection of the pre-chlorpromazine era asylum based psychiatric services in Britain and other western countries. Even after attaining independence, mental health services continued to be centered in asylums for several more years. In some countries, more asylums were established. Like asylums everywhere else in the world then, these were large, overcrowded, underfunded and poorly staffed. Mental health services were marked by gross neglect due to a variety of reasons which included pervasive stigma, widespread misconceptions, grossly inadequate budgets and acute shortage of trained personnel (Neki, 1973). There were very few trained psychiatrists and other mental health professionals in any of the countries to develop alternate mental health services. Centers or facilities for training in any of the mental health disciplines were also nonexis-

tent. Most of the few psychiatrists who worked in South Asian countries then were trained in Britain.

In 1954, India set up a mental health training institute—the All India Institute of Mental Health, to train psychiatrists, clinical psychologists, psychiatric social workers and psychiatric nurses, in Bangalore, attached to the state government run mental hospital located in Bangalore. This institute later became the National Institute of Mental Health and Neuro Sciences (NIMHANS) and is today one of the leading and recognized mental health training and research centers in the whole developing world (Isaac, 1996). With the number of trained psychiatrists increasing steadily, particularly in India, more academic departments of psychiatry came up in various places in the country. Over a period of time, post graduate training in psychiatry started elsewhere in the region too.

Various traditional, religious and alternate methods of treatment were popular for all forms of mental disorders and were extensively used across the region (Kurupparachchi and Rajakaruna, 1999, Kapur, 1975). Ignorance, stigma and misconceptions about the causation

and management of mental disorders were widely prevalent resulting in all forms of violation of human rights of persons with mental disorders. Involuntary admissions and discharges from mental hospitals were regulated by the archaic Indian Lunacy Act 1912.

Realizing that the then existing mental health services (mental hospitals and psychiatry units in general hospitals) were centralized in urban areas while more than 70% of the needy population lived in rural areas, some centers, notably in India initiated pilot programmes to develop and evaluate extension of mental health services for the rural underprivileged population. These programmes demonstrated that basic mental health care could be provided by health workers and doctors in rural primary health centers, if they were adequately trained, supported and supervised (Indian Council of Medical Research—Department of Science and Technology, 1987, Isaac et al., 1982, Wig et al., 1981). India adopted a “National Mental Health Programme” in 1982, which had integration of mental health into general health services as the primary approach for delivering mental health care throughout the country (Director General of Health Services (DGHS), 1982). The National Mental Health Programme in India was operationalized through a pilot programme covering 2 million population in the district of Bellary in Karnataka State (District Mental Health Programme) (Isaac, 2010). Similarly, in Pakistan a community mental health programme was launched in 1985 and a National Programme of Mental Health was formulated with the aim of integration of mental health services into primary care (Yousaf, 1997).

Mental health continued to occupy a very low priority in terms of allocation of funds, in the background of overall poor funding of around 1% of the GDP for health. The severe shortage of trained mental health professionals was further complicated by constant “brain drain” (Patel, 2003). The treatment gap in the field of mental health continued to remain wide.

Mental Health & Psychotherapy: Present Position. Mental health has come into greater focus in South Asia during the past decade due to a variety of reasons. This began with the publication of the World Bank / World Health Organization / Harvard University report on the Global Burden of Diseases which showed that mental and neurological disorders accounted for about 13% of the global burden of diseases and this was equally true for countries in the developing world (World Bank, 1993). In 2001, the World Health Report published by the World Health Organization focused on mental health (World Health Organization, 2001). Subsequently, a number of influential international reports and recommendations have highlighted the urgent need to strengthen and improve mental health services in developing countries (Hyman et al., 2006, Institute of Medicine, 2001). More recently, the Lancet series on Global Mental Health provided evidence for the huge treatment gap in the field of mental health in developing countries and the Lancet’s Call for Action appealed for scaling up services for mental health (Chisholm et al., 2007).

The coverage and effectiveness of public health services including mental health services are grossly sub-optimal in all countries in South Asia except perhaps in Sri Lanka. Health systems are constrained by chronic shortage of motivated and adequately trained staff, low budgets, irregular supply of drugs, and lack of transportation, non-functioning equipment, poor organization and management. Health systems which are consistently inequitable in their distribution often fail to reach disadvantaged sections of the population effectively. Widespread misconceptions about the causation and management of mental disorders and stigma towards mental disorders continue to be rampant in all the countries. Consequently, even when mental health services are provided, their utilization is generally low. The percentage of population on any kind of health insurance is very low. For a large majority of the population, out-of-pocket expenditure is the primary method of payment for general health as well as mental health services. It is known that the proportion of persons with mental disorders who receive services in a country correspond to the country’s percentage of GDP (gross domestic product) spent on health care (Wang et al., 2007).

The lack of systematic information about the nature and extent of available resources for mental health care delivery in South Asian countries was filled to some extent by WHO’s Mental Health Atlas project (World Health Organization, 2005). Comprehensive country profiles obtained using the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) (Saxena et al., 2007a)—a comprehensive assessment tool for mental health systems designed for low and middle income countries consisting of six domains namely policy and legislative framework, mental health services, mental health in primary care, human resources, public information and links with other services and monitoring and research—are now available for Afghanistan, Bhutan, Bangladesh, Maldives and Nepal (World Health Organization, 2007b, World Health Organization, 2007a, World Health Organization, 2006). The International consortium on mental health policy and services (Gulbinat et al., 2004) also developed tools for assessing a country’s mental health status (context, needs, demands, programmes, services, care and outcome) and using the tool, generated detailed profiles of Pakistan, India and Nepal (Regmi et al., 2004, Khandelwal et al., 2004, Karim et al., 2004). These profiles confirm that the available mental health resources and services are grossly inadequate in these countries when compared to the enormous needs. The profiles also indicate that countries in the region show wide variations in the availability of different components of mental health services. A recent review of the availability of resources for mental health in developing countries showed that resources were not only very scarce but were inequitably and inefficiently used (Saxena et al., 2007b).

Although well conducted epidemiological surveys of mental disorders are few, the wide prevalence of all forms of mental disorders in most parts of South Asia is well documented by several reports, notably from India, Pakistan and Bangladesh (Math and Srinivasaraju,

2010, Hosain et al., 2007, Gururaj and Isaac, 2004, Mumford et al., 1997). The presence of mental disorders in about 25% of the attendees of primary care settings in developing countries including countries in South Asia is also well established (Ustun and Sartorius, 1995, Harding et al., 1980). Surveys have shown that common mental disorders such as anxiety and depressive disorders present predominantly with various somatic complaints (Husain et al., 2004). A large number of such patients with unexplained bodily complaints undergo unnecessary and often very expensive investigations. Most such patients are prescribed a variety of pills, including psychotropic medications contributing to "medicalization of human distress", as a commentator from Pakistan has observed. The murky relationship that exists between pharmaceutical industry and psychiatrists in developing countries such as Pakistan enhances this process of medicalization of human distress (Khan, 2006). In Bangladesh, a significantly high prevalence of common mental disorders was found in the economically poor, those over 45 years of age and women from large families (Yousaf, 1997). A link between poverty, social disadvantage and deprivation and common mental disorders is found in many developing countries (Patel and Kleinman, 2003).

Suicide and attempted suicide rates have steadily gone up in many countries in the region (Khan and Prince, 2003, Gururaj and Isaac, 2001). Since suicidal attempt is a punishable criminal offence in countries such as India and Pakistan, a large majority of them remain unreported and reliable figures are unavailable. While Sri Lanka was known as a country with very high suicide rate for many years, some recent reports from India suggest that rural southern India may have one of the highest suicide rates in the world for young females in their teens and twenties (Aaron et al., 2004). Alcohol use is steadily increasing in the region in countries such as India and Sri Lanka and alcohol contributes to a substantial proportion of mortality (Gururaj et al., 2011). Drug addiction has emerged as a problem in Pakistan where heroin is the most popular drug of abuse followed by charas (hashish) (Yousaf, 1997). There are an estimated 3 million drug addicts in Pakistan (Khan, 2006).

Mental Health & Psychotherapy: Future Perspectives. The urgent need in all the countries of the South Asian region is to quickly enhance the scale and quality of mental health services at all levels. All governments will have to recognize services for mental and neurological disorders as an important priority and sanction adequate funds to develop services. Mechanisms will have to be created at federal, state and district levels to plan, implement and oversee feasible mental health care delivery programmes suitable to the country. Based on past experiences from each country and evidence generated internationally from low and middle income countries, feasible and effective country specific as well as region specific programmes will have to be developed taking into consideration the limited number of trained and motivated human resources available in each country.

The mental health Gap Action Programme (mh-GAP) launched recently by the World Health Organization aims at scaling up services for mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries. The mhGAP has developed an intervention guide for mental, neurological and substance use disorders for use in non-specialist settings. The intervention guide presents integrated management of priority conditions using protocols for clinical decision-making. The priority conditions included are: depression, psychosis, bipolar disorders, epilepsy, developmental and behavioural disorders in children and adolescents, dementia, alcohol use disorders, drug use disorders, self-harm/suicide and other significant emotional or medically unexplained complaints (World Health Organization, 2010). The guide is developed for use by health-care providers working in non-specialized health-care settings and needs adaptation for each country/region setting. Adaptation, pilot testing and use of this guide in countries of the region holds promise.

Yoga and psychotherapy. The Evolution of Consciousness (1976) of Swamy Rama, Ballantine and Swamy Ajay and Psychotherapy East and West: A Unifying Paradigm (1984) of Swamy Ajay, presented a full fledged system of yoga therapy based on smakhya yoga, hatha yoga, advita vedanta and tantra. The system encompasses a wide variety of body, mind and behavior techniques. Swami Ajaya also pointed out in his book, striking similarities between current psychotherapies and classical practices. Those of us who are looking for a conceptual framework and a set of procedures which are not alien but close to the Indian mind, would certainly find yoga therapy as very handy.

It is very interesting to note that historically it was the psychoanalytic writer Geraldine Coster who in the classic, *Yoga and Western Psychology* (1934) first appraised the therapeutic potential of yoga and presented an elaborate comparison of Freudian Psychoanalysis and Patanjali's yoga. In a sense she anticipated the contemporary interest in yoga as a psychotherapeutic system.

It would be refreshing for those of us who are interested in yoga or psychoanalysis to look at some of Coster's observations, especially in the context of an overwhelming contemporary interest in yoga. In the background of Freud's skeptical attitude towards the mystical experience, which he tended to regard as regressive and pathological in nature (e. g., Freud, 1961) it will be instructive to juxtapose yoga and psychoanalysis.

According to Coster, Yoga contains the clue needed by the West if the psychoanalytic method and theory is to reach its fullest scope as a regenerating and recreating factor in modern life. If salvation is understood as the security of genuine happiness, a poise determined by one's own inner life, self knowledge of the analytic kind and the Eastern kind may supplement each other. For some people it may even give an experimental proof of the reality of the world beyond the drop-curtain.

The majority of people who seek an analyst are those who are ill-ill in the body and mind or ill at ease with life, the self and the world. Most often these are the people

who could not be helped by other methods. The students of yoga are also likely to be those who are deeply dissatisfied with their own adaptation to life and to the external world.

In analysis there is always an analyst and in yoga there is always the teacher (Guru). The analyst and the teacher differ in the degree of their directiveness. The latter tend to be more directive than the former. In both analysis and yoga the first step consists in the letting go of old automatisms of thought and feeling. The analyst and the disciple are given training to loosen the rigidities of thinking and feeling which were consequence of their experiences, education and environment.

The yoga practitioner and the seeker of analysis, both look for an interior solution to their problem, however different their approach and working hypotheses may be. While the former goes by a belief system which subscribes to the transcendental embedded in ones own self, the latter is guided by the hypothesis that self-knowledge is worth attaining. Both are contemplative unlike the active out-ward directed tradition of the West. Coster, however, does not point out the antagonistic attitude of psychoanalysis towards religion and assumes that analysis provides a method of interior approach for the agnostic as well as for the religious type of mind.

The description of mental functions and the state of the mind of a beginner of yoga practice as described by Patanjali is strikingly similar to the descriptions of the analyzed in psychoanalytic literature. Confused thinking and identifications characterize them both. It is the viewpoint of both the yoga teacher and the analyst that "nothing can be done unless the person is willing to alter the entire habit of his mind and emotions from the group up".

While considering the preliminary limbs of Ash-tanga yoga, namely Yama (Restraints), Niyama (Observances), Asana (Body Posture), Pranayama (Breath Regulation) and Pratyahara (Sensory Withdrawal), Coster remarks that whereas Yama and Niyama are forms of moral and spiritual training which are familiar to the West, the value of breath regulation, sustained poise and sensory withdrawal are yet to be recognized as techniques to deal with neurosis among psychotherapists. She further states in anticipation of yoga psychotherapy that "if however the whole matter of moral and social discipline, relaxation, breathing, and control of thought by meditation were approached by psychotherapists in the non-religious and scientific attitude of the student of yoga, it might well be that this would lead to the discovery of new and valuable psychotherapeutic methods".

It is with a comfortable posture that both meditation and analytic sessions begin in order to deal with the mind. While the expression aloud of thought i.e. free association is the primary technique the analyzed masters in course of his analytic practice, the yoga practitioner attempts to control his mind by attending to a chosen object, the obstacles to progress in yoga-ignorance (Avidya), self-esteem (Asmita), desire (Raga), aversion (Dvesha) and attachment to life (Abhinivesha) are also the obstacles to analytic development. The lack of knowledge of the source of distress, narcissism etc.

show that they are also fundamental to analytic treatment. Accepting life as it comes rather than demanding from it what one expects is a mark of "free psyche" and also "liberation". Such an attitude comes out only of relentless pursuit. However, Coster states that the yogi's idea of liberation goes far beyond the analyst's conception of a free psyche and that they are not easy to compare. Further she says that yoga is an ancient and mature discipline and we are left with only speculation as to the future directions of the young experiment of psychoanalysis. She also notes the ethical values preached by yoga are not yet in the domain of analytic treatment. It ought to be, in future, if analysis is to be more comprehensive.

The approach of yoga, encompassing moral and social discipline, relaxation, breathing and control of thought by meditation etc., may well provide many valuable psychotherapeutic methods if approached by the analysts. Coster states with conviction that the ideas on which yoga is based are universally true for mankind and the yoga sutra of Patanjali contain the information that some of the most advanced psychotherapists of the present day are ardently seeking. No wonder that Swamy Rama, Swamy Ajaya, Ballantine, Neurenberger and others in their scholarly pursuits and therapeutic work developed a holistic therapeutic system based on yoga.

Conclusion. Indian tradition, scientific research and clinical experience all point out that yoga practices are probably the most important and effective self-help tools available to man. The importance of yoga is coming into light in the west in the comparative analysis of different systems by psychologists to find out meaningful answers to some problems of life. We seem to be very close to a behaviour technology and self reliance in the domain of yoga. The main principle of yoga therapy is that it seems to establish the homeostasis in the organism as a whole. As yet, however, it has not been established exactly how this is accomplished. But when proper investigation along scientific lines has been set up in several places throughout the world, yoga therapy will be properly recognized as a valid form of treatment.

There is also need to initiate research in issues relevant to the region such as implementation research, research on service development and evaluation of specific care and intervention strategies. Research capacity has to be enhanced in all the countries and adequate resources will have to be provided for research. Governments will have to pay adequate attention to prioritize and invest in improvement of the various social determinants of mental health.

As yoga embraces all aspects of human life and also provides techniques for the regulation of the mind body complex, it is up to the researchers and clinicians to develop an indigenous psychotherapeutic system out of it, which would be comprehensive enough to deal with the complexities of modern life and its cultural values. It appears that the Indian practitioners of psychotherapy, who have been looking for a conceptual framework and a set of procedures which are not alien but intimate to the Indian mind would definitely find an alternative in

yoga. It is evidenced in the writings of Geraldine Coster, Swamy Rama, Ajay and several other thinkers of East and West.

The importance of yoga is coming into light in the West in the comparative analyses of different systems by psychologists to find out meaningful answers to some problems of life. These endeavors have been leading to the development of principles and procedures separat-

ing yoga more or less from its mystical and metaphysical spheres and perfecting it on secular and scientific grounds. It is hoped that this paper will encourage some of the Indian and western psychologists and psychotherapists to incorporate yogic techniques in their therapeutic work and also to develop new and more effective indigenous methods of psychotherapy from the system of yoga.

Bibliography

1. *Bhattacharya R.N., Chatterjee S.B.* Problems of Committed Mental Patient // Indian Journal of Psychiatry, 1978. 20(3):267–273.
2. *Gururaj G., Isaac M.* Epidemiology of Suicides in Bangalore. Bangalore: NIMHANS Publications, 2001.
3. *Isaac M.* Trends in development of psychiatric services in India // Psychiatric Bulletin, 1996. 20. P. 43–45.
4. *Karim S., Saeed K., Rana M.H., Mubbashar M.H., Jenkins R.* Pakistan mental health country profile // Int Rev Psychiatry, 2004. 16. P. 83–92.
5. National Human Rights Commission. Quality Assurance in Mental Health // National Human Rights in Mental Health. New Delhi, 1999.
6. *Neki J.S.* Psychiatry in South-East Asia // Br J Psychiatry, 1973. 123. P. 257–69.
7. *Neki J.S.* A reappraisal of Guru-Chela Relationship as a Therapeutic Paradigm // Int. Ment. Health Res., Newsletter, 1974. 16:2–5.
8. *Patel V., Kleinman A.* Poverty and common mental disorders in developing countries // Bull World Health Organ, 2003. 81. P. 609–15.
9. *Saxena S., Thornicroft G., Knapp M., Whiteford H.* Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency // Lancet, 2007b. 370. P. 878–89.
10. *Wig N.N.* Indian concepts of mental health and their impact on the care of the mentally ill // International Journal Of Mental Health, 1990. 18(3):71–80.
11. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva. 2001.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ DIAGNOSIS AND TREATMENT

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ДЕЗАДАПТАЦИИ НА ОСНОВЕ УРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АФФЕКТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ

Авдони́на С. М., студентка факультета психологии,
Плужников И. В., к. псих. н., доцент кафедры нейро- и патопсихологии,
Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена проблеме изучения факторов риска дезадаптации и их дифференциальной диагностике. За методологическую основу была взята уровневая модель базовой аффективной регуляции у детей, на базе которой была разработана методика оценки выраженности аффективно-поведенческих комплексов у взрослых (ТАПК). По результатам апробации тест отвечает необходимым психометрическим характеристикам. Показано, что определенные сочетания уровней базовой аффективной регуляции могут обуславливать тенденцию к развитию психопатологии.

Ключевые слова

Аффективно-поведенческие комплексы, эмоциональная регуляция, факторы риска психологической дезадаптации.

ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR DISADAPTATION BASED ON THE LEVEL MODEL OF AFFECTIVE BEHAVIORAL COMPLEXES FUNCTIONING

Avdonina S. M., Student, Faculty of Psychology,
Pluzhnikov I. V., PhD (Psychology), Associate Professor,
Department of neuropsychology and abnormal psychology,
Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article is dedicated to the issue of risk factors for disadaptation and its differential diagnostics. The methodological foundation is a level-based model of affective regulation in early childhood. The method of estimating the severity of the affective behavioral complexes in adulthood (TABC) has been developed on the basis of this theoretical model. According to the results of approbation, the test corresponds with the necessary psychometric characteristics. It has been shown that certain combinations of the levels of basic affective regulation may determine the development of psychopathology.

Key words

Affective behavioral complexes, emotional regulation, risk factors of psychological disadaptation.

В связи с современными эпидемиологическими данными о росте психопатологии в современном обществе (данные ВОЗ, Американской психиатрической ассоциации), существует конкретный запрос к областям медицины и клинической психологии на разработку эффективных дифференциально-диагности-

ческих методик оценки предрасположенности риска развития психопатологии.

В настоящем исследовании нами были сделаны первые шаги в направлении исследования психологических факторов развития психопатологии в онтогенезе на основе уровневой модели базовой аффективной регуляции В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской и коллег. Выбор данного теоретического базиса связан с крайней актуальностью модели для решения широкого круга исследовательских задач. Во-первых, современность этой теории заключается в том, что она имеет междисциплинарную направленность: в своей основе она базируется на естественнонаучных принципах и объединяет в себе положения таких отраслей как психология, психофизиология, нейронаука и этология.

Во-вторых, уровневая модель базовой аффективной регуляции справедливо постулирует положение о первичности аффективной сферы в процессе формирования психической реальности и адаптации человека к окружающей среде, по отношению к другим высшим психическим функциям (А. Ш. Тхостов, Е. Ю. Артемьева, J. Ranksepp). Поэтому можно говорить о том, что исследования дизонтогенеза развития, построенные на данном теоретическом конструкте, наиболее точно описывают механизмы формирования психопатологии.

Принцип системного формирования адаптивных механизмов психики каждого уровня позволяет говорить о компенсаторных механизмах аффективно-поведенческих комплексов. На основе дифференцированной диагностики выраженности того или иного уровня, можно строить гипотезы о характере адаптивных стратегий индивида и дальнейших путях их коррекции.

Таким образом, данная теоретическая модель приобретает практическую значимость: она открывает ряд новых возможностей в изучении аффективной системы и обогащает понимание структуры эмоциональных процессов; подход может быть полезным в сфере психологической дифференциальной диагностики основанной на типологии индивидуальных различий, а также в сфере психокоррекции.

Тест аффективно-поведенческих комплексов (ТАПК). Авторы уровневой модели развития аффективно-поведенческих комплексов указывают на то, что она не имеет нозологических и возрастных ограничений. Однако на сегодняшний день модель развивалась лишь в рамках патологии раннего детства. Исходя из этого факта, мы выдвинули гипотезу о возможности разработки диагностической методики, на основе которой можно было бы произвести первичную количественную оценку выраженности каждого уровня базовой аффективной регуляции у взрослых.

Итак, первое эмпирическое исследование была посвящена разработке и апробации теста аффективно-поведенческих комплексов (ТАПК). Процессу разработки пунктов теста предшествовал максимально полный систематический обзор соответствующей литературы [1, 2, 3].

В апробации опросника ТАПК учитывались результаты 349 человек, которые проходили тестирование в интернете и были отобраны с учетом таких характеристик, как возраст (от 18 до 55 лет), отсутствие опыта обращения к психиатру, неврологу или эпидемиологу и отсутствие тяжелых соматических заболеваний. Опросник ТАПК состоит из 72 пунктов, представленных в виде утверждений, которые нужно оценить, в какой степени они относятся к жизни испытуемого по шкале от 0 «совершенно не относится» до 5 «абсолютно точно относится».

Валидизация теста аффективно-поведенческих комплексов (ТАПК) проводилась на основе содержательной разработки пунктов в соответствии с теоретической пятиуровневой моделью регуляции эмоций. Таким образом, данный опросник содержит 5 шкал: 1) *оценки интенсивности средовых воздействий*, 2) *аффективных стереотипов*, 3) *аффективной экспансии*, 4) *аффективной коммуникации*, 5) *символической регуляции*.

По результатам разработки и апробации методики ТАПК помимо ее содержательной валидности, можно так же говорить о приемлемых показателях надежности согласованности каждой шкалы ($0,6 < \alpha < 0,7$) [К. М. Loewenthal, 2001]. Следует отметить, что данный опросник подходит для исследовательских задач, а также может быть использован в рамках дифференциальной диагностики в совокупности с наблюдением и методами пато- и нейропсихологической диагностики.

Аффективно-поведенческие комплексы, связанные с риском дезадаптации. Задачей второго эмпирического исследования было выделение аффективно-поведенческих комплексов взрослых лиц, связанных с риском дезадаптации. Склонность к развитию психопатологических симптомов по выборке участников исследования диагностировалась на основании опыта обращения к врачам (психиатру, неврологу, эпидемиологу) и по наличию тяжелого соматического заболевания, а также с помощью симптоматического опросника SCL-90.

По результатам статистической обработки данных были выделены профили сочетаний аффективно-поведенческих параметров, которые статистически значимо отличаются по выраженности тяжести симптомов. Нами была выявлена следующая тенденция: гипо- либо гиперфункция, прослеживающаяся на всех уровнях одновременно свидетельствует о нарушении аффективно-поведенческой регуляции, и как следствие может быть связана с дефицитом адаптации индивида к окружающей реальности.

У всех этих профилей наблюдается наибольшая выраженность уровня аффективных стереотипов в совокупности с гипофункцией уровня аффективной экспансии. Эти данные говорят о преобладании астенических эмоций и наличии пассивной, ригидной формы взаимодействия с окружающей средой. Также у лиц, которые предрасположены к дезадаптации наблюдается дефицит на первом базовом уровне, что может проявляться как нарушение интрацептивной осведомленности о сбоях в организме, и являться предпо-

зицией к нарушению критичности в отношении своего состояния на других уровнях.

Гипо- или гиперфункции того или иного уровня могут компенсироваться за счет более конструктивных форм саморегуляции на других ступенях. В настоящем исследовании были подтверждены теоретические данные о ведущей роли аффективной коммуникации, как наиболее благоприятной формы адаптации к окружающей реальности. Профили же, имеющие склонность к риску дезадаптации используют физиологические способы регуляции эмоций.

Была предпринята попытка связать выделенные нами психически неблагоприятные профили с определенными нозологическими группами. Таким образом, у профилей, где наиболее выражен уровень аффективных стереотипов в сочетании с дефицитом по остальным значениям, в особенности по шкале аффективной коммуникации, можно предполагать аффинитет к расстройствам аутистического спектра.

Малодифференцированные профили, которые почти не имеют различий по показателям на всех уровнях базовой аффективной регуляции, предположительно наиболее расположены к формированию астенически-депрессивного синдрома.

Аффективно-поведенческий комплекс, образованный завышенными показателями по всем шкалам с наиболее выраженными уровнями аффективных стереотипов и символической регуляции был нами гипотетически отнесен к обсессивно-компульсивному расстройству в рамках невротического либо пограничного регистров.

Подводя итоги, целесообразно обобщить основные результаты и обозначить перспективы дальнейших исследований рассматриваемой проблемы. Можно говорить о том, что уровневая модель развития аффективно-поведенческих комплексов, разработанная В. В. Лебединским и коллегами на модели аномального развития ребенка, может быть использована для объяснения эмоциональности лиц зрелого возраста. Разработанная и апробированная методика ТАПК отвечает необходимым психометрическим характеристикам (валидность, надежность) и может быть использована для решения исследовательских задач. А также важно отметить, что выявленные в результате эмпирического исследования паттерны взаимодействия уровней базовой аффективной регуляции могут образовывать аффективно-поведенческие комплексы, которые связаны с риском дезадаптации.

Библиографический список

1. Бардышевская М. К. Уровневая модель развития аффективно-поведенческих комплексов // *Вопр. психол.* 2012. № 3.
2. Лебединский В. В. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во МГУ. 1990.
3. Лебединский В. В., Бардышевская М. К. Аффективное развитие ребенка в норме и патологии // *Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия.* 2002. Т. 1.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО И ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Азова О. И., к. п. н., доцент,
Директор медицинского центра «Логомед прогноз»,
Московский психолого-социальный университет,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье поднимаются важные аспекты: терминологии и спорных вопросов при диагностике нарушений речевого и психического развития у детей дошкольного возраста, о дифференциации аутизма и алалии (критерии сравнения и проявления), таблица соответствий двух общепринятых классификаций болезней, разведение понятий аутизма и сенсорной дезинтеграции. А также вопросы, когда и кто должен диагностировать аутизм. Описываются методы диагностики и параметры фиксации особенностей при аутизме.

Ключевые слова

Аутизм, расстройство аутистического спектра, сенсорная дезинтеграция, методы диагностики и параметры фиксации особенностей при аутизме.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SPEECH AND MENTAL DISTURBANCE OF CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

Azova O. I., PhD (Pedagogics), Associate Professor,
Director of Medical Center "Logomed Prognoz",
Moscow Psychological and Social Institute,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article discusses important aspects: terminology and controversial issues in diagnostic of speech and mental development disturbance of children of preschool age, differentiation between autism and alalia (criteria for comparing and manifestation), mapping table of two common classifications of diseases, distinction between concepts of autism and sensory processing disorder, as well as issues of when and who should diagnose autism. Describing methods of diagnostics and characteristics of fixations of features in autism.

Key words

Autism, autism spectrum disorder, sensory processing disorder, methods of diagnostics and characteristics of fixation of features in autism.

Самый проблематичный вопрос в дифференциальной диагностике нарушений речевого и психического развития у детей дошкольного возраста — терминологический.

Жизнь предлагает не «чистые» формы и нозологические единицы, а сочетанные, комбинированные нарушения, со сложной структурой дефекта.

Больше всего копий сломано в дифференциальной диагностике РАС и сенсорной алалии. Сенсорная алалия описана в 50–60 годы прошлого века, термин существует только в России. С того времени наука в исследовании этого вопроса не продвинулась ни на йоту. Феномен как будто бы есть (описание благополучно коучет из учебника в учебник), а детей нет. В мировой практике в таком случае говорят о нарушении обработки сенсорной информации (НОСИ) или о более тяжёлом случае со сложной, возможно органический, структурой дефекта. Казалось бы, разве имеет такое значение название? Оказалось, колоссальное. Первое, идёт некая дезинформация: родитель получает «речевой» диагноз, с которым должен работать логопед. Функционал логопеда — развитие и формирование речи. Логопед начинает взаимодействовать с таким ребенком с помощью речевых инструкций, а у ребенка с НОСИ ещё и другие дефициты. Ему нужен прежде всего специалист по сенсорной интеграции (телесной терапии, кинезиологии, ЛФК и др.), чтобы сбалансировать сенсорные функции. А это функционал другого специалиста.

Эта терминологическая «особенность» вводит в заблуждение родителей, пускает их по-другому пути коррекции, а соответственно теряется дорогое время. Да, есть такие родители, которые и так живут по принципу «обманываться рад». Вот «сенсорная алалия» выросла именно на этой ниве.

Отдельно об оксюмороне «сенсомоторная алалия» — это диагноз, который не описан ни в одном учебнике, но стойко выписывается в медицинские карты детей, это такая ирреальность. С одной стороны, это «профессиональная терминологическая яма», в которую можно помещать самые сложные случаи. С другой стороны, может быть, родителям легче существовать в рамках несуществующего диагноза, то есть эта такая уловка, уход от диагноза.

По данным статистики за 2015 г. у каждого 45-го ребенка аутизм. Это число с каждым годом растёт, скорее всего эта проблема в недалеком будущем в том или ином виде коснется каждой семьи, но уже сейчас она требует самого пристального внимания.

Для того, чтобы понять, что такое аутизм, нужно разобраться в терминологии и нозологии.

Для понимания проблематики не обходимо оперировать по крайней мере двумя терминами: **расстройство аутистического спектра и сенсорная дезинтеграция**.

Расстройство аутистического спектра (РАС) — спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жёстко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

Сенсорная дезинтеграция (нарушение обработки сенсорной интеграции — НОСИ) — это нарушение способности воспринимать информацию от органов чувств (прикосновение, движение, запах, вкус, зрение, слух), организовывать и интерпретировать эту информацию, а также реагировать на нее.

Заметить у ребенка особенности аутистического типа развития можно очень рано. Есть исследования, подтверждающие, что уже в первые месяцы жизни у ребенка с аутизмом видны своеобразные (генерализованные) движения. Но проблема в том, что на этом возрастном этапе редкий профессионал нацелен увидеть эту особенность развития. Не хватает осведомленности ни у родителей, ни у специалистов.

Самое раннее, об особенностях аутистического типа развития специалисты скажут к концу первого года жизни или года в полтора. Что, в общем, не плохо, или — **еще не поздно**. Но чаще всего диагноз ставится ближе к трем годам. А в четыре, пять лет и старше ребенок, не получающий помощь, продолжает «уходить» под скорлупу своих интересов, аутостимуляций, всё больше отодвигается от вербальных способов общения.

Существуют разные степени аутизма, и легкую степень специалисты широкого профиля сразу заметить не смогут. И тем не менее, специалисты разных стран сходятся во мнении, что чем раньше начнётся коррекция, тем с меньшими потерями ребенок выйдет в мир.

Заметить у ребенка аутистичные черты могут и даже **должны** многие специалисты коррекционных профессий — педиатры, психологи, логопеды. Они могут успеть хотя бы натолкнуть родителей на мысль, что с ребенком что-то не так.

Есть несколько методов диагностики, которые известны во всем мире.

Таблица 1. Дифференциальная диагностика моторной алалии и аутизма

№	Критерии сравнения	Моторная лалия	Алалия
1	По определению	Речевая патология	Особая психическая (неврологическая) аномалия, нарушено формирование эмоционального контакта с окружающим миром
2	Раннее развитие речи	Апраксия (диспраксия), нарушение речевой программы	Нарушение коммуникации (социализации). Может быть раннее речевое развитие. Ложная апраксия
3	Реакция на обращенную речь	Достаточное (сохранное) понимание	Не реагирует (либо плохой отклик) на обращенную речь, могут быть особенности сенсорной обработки информации
4	Экспрессивная речь	Активно используют зачатки речи, состояние речи не зависит от окружающей обстановки	Одновременное употребление лепетных и сложно организованных, правильных по языковой структуре высказываний, не употребляют слова «ДА» и «Я», стойкие аграмматизмы в незнакомой обстановке
5	Мимико-жестовая речь	Активно использует жесты в общении	Не использует жесты и мимику (распад)
6	Эхолалия	Не отмечается	Присутствует
7	Просодика	Не нарушена	Высокая тональность голоса, замедленный темп, скандированное и рифмованное произношение
8	Общение	Контактен, может отмечаться негативизм	Отказ или своеобразное общение
9	Эмоционально-волевая сфера	Адекватность эмоций	Неадекватность эмоциональных реакций
10	Моторика	Относительно сохраняемая, моторная неловкость	Стереотипии, своеобразие походки (ходьба на носочках), трудности пространственной ориентировки, самостимуляции
11	Психопатологические симптомы	Отсутствуют	Психопатологические симптомы, фобии и непредсказуемые реакции
12	Особенности психического развития	Может наблюдаться ЗПР, дефицитарное развитие, системные нарушения, сложная структура развития	Может наблюдаться у. о., дисгармоничное развитие, неравномерное искажение психических процессов

- Официальные критерии аутизма определены в основных классификационных системах диагностики (МКБ-10 и DSM-V) — это системы «первазивных (общих) нарушений развития», где при диагностировании психических нарушений применяют эмпирический подход выявления специфических нарушений, которые идентифицируются наличием определенного набора поведенческих симптомов (феноменологический подход — перечисляются клинические черты нарушений).
- Для выявления нарушений при аутизме — структурированное интервью (ADI-R) и шкала наблюдения для диагностирования аутизма (ADOS).
- М-CHAT (и шкала RCDI-2000) — модифицированный скрининговый тест на аутизм первого уровня для выявления детей раннего возраста с риском аутизма из общей популяции. В нем выясняются коммуникативные способности детей с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития. Анкета заполняется родителями. Не является основанием для постановки диагноза.
- Рейтинговая шкала аутизма у детей C. A. R. S. — диагностическое скрининговое тестирование второго уровня, один из наиболее широко используемых инструментов, базируется на клинических наблюдениях за поведением ребёнка в возрасте 2–4 лет. Может служить для первичного скрининга симптомов аутизма. Не является основанием для постановки диагноза. Используется родителями и специалистами для оценки аутистического поведения ребенка.
- АТЕС — тест на «глубину» аутизма — анкета оценки эффективности лечения аутизма. Не является ни скрининговым, ни диагностическим тестом. АТЕС — это анкета для оценки эффективности лечения аутизма, была разработана для того, чтобы помочь родителям, врачам и исследователям оценить практически любой метод лечения аутизма.
При фиксации во время диагностики важно также учитывать параметры развития речи, коммуникации, социального взаимодействия, умения играть. Только после анализа полученных тестовых данных по перечисленным параметрам выставляется диагноз.

Библиографический список

- Азова О. И. Аутизм. Алалия. Реабилитационный маршрут. М.: ТЦ Сфера, 2014 80 с.
- К вопросу об аутизме / Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: материалы II Международного конгресса по сложным нарушениям речи и поведения «Аутизм. Алалия. Инновации». (Москва 1–3 апреля 2016 г.) / Под общ. ред. Ж. В. Антиповой, О. И. Азовой. М.: Издательство Московского психолого-социального университета, 2016. 400 с.

ПРОБЛЕМА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**Аникина В. О., к. псих. н., доцент,
Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Аннотация

В статье описывается проблематика раннего выявления нарушений психического здоровья, делается акцент на важности выявления этих проблем у детей, начиная с самого раннего возраста. Описывается зарубежный опыт внедрения скрининговой диагностики этих проблем в систему районных поликлиник и его эффективность.

THE ISSUES OF EARLY DETECTION OF MENTAL HEALTH PROBLEMS

**Anikina V. O., PhD, Associate Professor,
Saint Petersburg State University, Department of Psychology,
Saint Petersburg, Russian Federation**

Abstract

The article describes the importance of early detection of mental health problems with the emphasis on screening at very early age. The international experience of integrated care and co-location of medical primary care and mental health services is described.

Самым первым специалистом, к которому обращается семья с момента рождения ребенка, является врач-педиатр, он может наблюдать ребенка и семью на протяжении нескольких лет, а иногда даже поколений, это специалист, с которым семья выстраивает доверительные отношения и обращается со своими вопросами по поводу здоровья. Иногда вместе с соматическими жалобами родители могут высказывать беспокойства, связанные с эмоциональным состоянием ребенка, его адаптации к детскому саду или школе, проблемами в поведении и пр. Врач-педиатр на приеме также может наблюдать признаки нарушений поведения и социально-эмоционального развития ребенка.

Как показывают современные исследования, за последние 25 лет количество психосоциальных проблем, с которыми сталкиваются врачи-педиатры, выросло больше чем в два раза (от 7% до 18%), от 24% до 50% визитов к педиатру включают в себя обсуждение беспокойств по поводу поведенческих, эмоциональных, учебных аспектов жизни ребенка, около 15–25% детей испытывают социально-эмоциональные трудности, которые вызывают беспокойство у их родителей [8, 9, 10]. Еще больше детей проявляют клинические симптомы отклонений, которые не достигают уровня, необходимого для постановки диагноза.

Тем не менее, чаще всего врачи-педиатры не имеют достаточных ресурсов, чтобы откликнуться на запросы родителей, связанные с эмоциональными, поведенческими трудностями в воспитании ребенка. Происходит это 1) из-за нехватки специалистов в области психического здоровья; 2) из-за «разорванности» системы медицинского обслуживания и служб, зани-

мающихся вопросами психического здоровья; 3) из-за отсутствия у врача-педиатра необходимых навыков идентификации проблем в области психического здоровья; 4) из-за существующей стигматизации в отношении обращения к специалистам в области психического здоровья. Объективной трудностью является время, выделяемое врачу-педиатру на прием одного ребенка. За короткое время врач должен разобраться со всем комплексом жалоб родителей, провести осмотр, ответить на вопросы медицинского характера. Семья, столкнувшись с эмоциональными или поведенческими трудностями у ребенка, может начать поиски психолога, обратившись в районные центры помощи семье. Однако, согласно, например, американской статистике, только один из пяти детей получает необходимое ему лечение в области психического здоровья [10].

Отсутствие раннего выявления и диагностики может привести к тому, что останутся незамеченными начинающие возникать у ребенка трудности в эмоциональной или поведенческой сферах, которые могут не получить необходимого вмешательства и привести в дальнейшем к развитию более серьезных психических нарушений, трудностей в школьной адаптации, успеваемости, пр. Раннее выявление крайне важно не только с точки зрения психического, но соматического здоровья ребенка — ребенок, испытывающий эмоциональные трудности, чаще болеет.

На значение ранней диагностики и выявления риска развития психических нарушений обратили внимание иностранные коллеги еще в 1980-е годы, на настоящий момент разработаны системы совместной работы психологической и медицинской служб. Появ-

ление таких программ раннего выявления в основном связано с ростом диагностируемых психических нарушений у детей [2, 4, 7]. Например, в США у 13–20% детей наблюдается хотя бы одно психическое нарушение в год, и их количество увеличивается. Самоубийство — вторая причина смертности в 2010 г. среди детей в возрасте 12–17 лет. Наиболее распространенными нарушениями среди детей 3–17 лет являются: СДВГ (6,8%), проблемы поведения (3,5%), депрессия (2,1%), нарушения аутистического спектра (1,1%) [5]. В Великобритании в 2004 г. у 10% детей в возрасте 5–16 лет наблюдалась хотя бы одно клинически диагностируемое психическое нарушение, у 2% детей — более одного расстройства [3].

Для решения задач раннего выявления и ранней профилактики в Европе с 1994 по 2014 годы проводился Европейский проект по раннему обеспечению, направленный на предотвращение развития психосоциальных проблем у детей в возрасте от 0 до 2 лет. Программы вмешательства были интегрированы в систему поликлинического обслуживания в крупных городах Европы. Основной целью проекта было обеспечение психосоциального благополучия и развития детей раннего возраста, относящихся к группе риска развития психических нарушений, а также помощь родителям в адаптации к их новой родительской роли.

В США в 2001 г. вышел закон, согласно которому должна осуществляться работа по раннему выявлению детей, имеющих риск развития психических нарушений, стали возникать проекты интеграции работы психологической службы и медицинских учреждений. Основная суть проектов состояла в организации работы психолога на базе поликлиник, проведение скрининга психических нарушений у детей, посещающих педиатра, предоставление краткосрочной психологической помощи и, при необходимости, направление на более углубленную консультацию к специалистам по психическому здоровью и в программы вмешательства, необходимые ребенку. В такой схеме интеграции психолог работает в поликлинике, рассказывает врачам о важности выявления проблем психического здоровья, обучает врачей использованию скрининговой методики и готов проконсультировать пациентов и самих врачей по вопросам психического развития ре-

бенка. Результаты оценки эффективности такой совместной работы показали, что около 66% семей обращаются за консультацией к психологу, если он работает в поликлинике, по сравнению с 5% семей, которые доходят до психолога, работающего где-то еще [10]. В другом исследовании отмечено, что 95% детей получили необходимую помощь, предоставляемую в поликлинике, по сравнению с 17% детей, направленных во внешние организации. При этом, 78% детей, получивших лечение на базе поликлиник, завершили его по сравнению с 0% завершенных лечений у внешних организаций или консультантов [6].

Благодаря программе интеграции и скринингу были выявлены нарушения, которые чаще всего встречаются у детей. Это проблемы поведения — 22–49%, тревожные расстройства — 23–47%, СДВГ — 22–45%, расстройства адаптации — 14%, у некоторых детей наблюдаются сочетанные расстройства [8, 10]. То есть, скрининг позволяет выявить менее серьезные проблемы, которые можно нивелировать при помощи краткосрочных программ вмешательства. Более того, скрининг позволяет проводить более точную оценку количества проблем в эмоциональной и поведенческой сферах у детей.

В России есть опыт проведения скрининга общего развития детей на базе 5 детских городских поликлиник г. Москвы с 2009 по 2013 гг. Был использован компьютерный вариант шкалы KID, который заполняли родители детей в возрасте от 2 до 16 месяцев. В исследовании приняли участие 545 родителей. Анализ результатов показал, что у 48,62% ($n = 265$) общее развитие соответствует возрасту; 29,54% ($n = 161$) детей опережают возрастные показатели развития, 21,83% ($n = 119$) детей отстают в развитии [1].

Представляется крайне важным проводить подобного рода скрининговую работу на базе районных поликлиник с вовлечением врачей, где психологу может быть отведена роль не только консультанта, работающего с семьями для решения их проблем, но и с самими врачами с целью обучения их инструментам скрининга, консультирования по вопросам взаимодействия с семьей, обучения навыкам наблюдения и мотивирования семьи на получение помощи в области психического здоровья.

Библиографический список

1. Гончарова О. В. Ранняя диагностика отклонений в нервно-психическом развитии детей. // Участковый педиатр. 2015. № 2, С. 8–10.
2. Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей: доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева, 1979. 86 с.
3. Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain: Summary Report, 2004.—www.statistics.gov.uk.
4. Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions // WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 12–15 January 2005, Helsinki Finland P. 1–6.
5. Mental Health Surveillance Among Children. USA: Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report: Supplement. 2013. Vol. 62. No. 2. 37 p.
6. Stancin T., Perrin E. C. Psychologists and Pediatricians: Opportunities for Collaboration in Primary Care // American Psychologist. 2014. Vol. 69. No. 4. P. 332–343.
7. Tolan P. H., Dodge K. A. Children's Mental Health as a Primary Care and Concern // American Psychologist. 2005. Vol. 60. No. 6. P. 601–614.
8. Tynan W. D., Woods K. E. Emerging Issues: Psychology's Place in the Primary Care Pediatric Medical Home // Clinical Practice in Pediatric Psychology. 2013. Vol. 1. No. 4. P. 380–385.

9. Valleley R. J., Evans J. H., O'Dell S., Allen K. D. Developmental Screening in Rural Primary Care: Real-World Application // *Clinical Pediatrics*. 2013.—URL: <http://cpj.sagepub.com/content/early/2013/09/25/0009922813504455>.
10. Ward-Zimmerman B., Cannata E. Partnering With Pediatric Primary Care: Lessons Learned Through Collaborative Colocation // *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012. Vol. 43. No. 6. P. 596–605.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХИАТРИИ В ЭПОХУ ИНФОРМАТИЗАЦИИ

**Бобров А. Е., д. м. н., профессор,
ФГБУ Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии имени В. П. Сербского Минздрава Российской Федерации,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Информатизация будет способствовать улучшению качества и увеличению доступности психиатрической помощи. Следует ожидать изменения принципов организации психиатрической службы, форматов обследования и лечения. Могут заостриться проблемы конфиденциальности и безопасности, возможно усиление антипсихиатрических тенденций.

Весьма вероятно утверждение новой научной парадигмы, связанной с информационной компенсацией нарушенных психических функций.

THE PERSPECTIVES OF PSYCHIATRY IN THE INFORMATIZATION AGE

**Bobrov A. E., MD, Professor,
Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after
V. P. Serbskiy, Ministry of Health of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

Informatization will improve quality and increase availability of mental health care. One should expect changes as in the principles of psychiatric services, and in the examination and treatment. Problems of privacy and security could become especially sharp. Anti-psychiatric tendencies may also increase.

Adoption of a new scientific paradigm aimed at information compensation of disrupted cognitive functions is highly possible.

На протяжении последнего десятилетия все более активно обсуждаются возможности телемедицины. Многие психиатры, занимающиеся консультативной работой, приобрели опыт работы по Интернет. За рубежом и в нашей стране появились специализированные сайты для оказания такой помощи, проводятся научные симпозиумы, разрабатывается соответствующее программное обеспечение.

Информатизация может предоставить психиатрии ряд новых, полезных возможностей. Они состоят в улучшении психиатрического сопровождения больных, увеличении обмена данными между разными специалистами, видоизменении системы профессионального образования. Все это приведет к трансформации психиатрической помощи, увеличению ее доступности, информационной насыщенности и оперативности [3].

В частности, можно ожидать заметного сокращения госпитализаций в психиатрические стационары, увеличения обращений к специалистам по психическому здоровью, повышения комплаентности больных. За счет приближения психиатрии к семьям пациентов и облегчения доступа к специалистам повы-

сится профилактический потенциал психиатрии, будет углубляться кооперация психиатров и психологов с врачами других специальностей, расширится спектр психосоциальной и реабилитационной работы. Кроме того, Интернет дает дополнительные ресурсы для самопомощи, работы с родственниками больных и влияния на психосоциальную среду, окружающую пациентов [4].

Распространение телемедицины в психиатрии сопряжено и с целым рядом серьезных проблем. Важнейшей из них является сохранение конфиденциальности и безопасности. Сюда же следует отнести изменение принципов организации работы психиатров, контроля и учета их профессиональной активности. Могут серьезно измениться форматы психиатрического обследования и лечения. В связи с усилением психологического, социального и экономического отклика, могут возрасти антипсихиатрические тенденции.

Следует обратить внимание еще на одно обстоятельство. Широкий профессиональный выход психиатров в Интернет будет способствовать существенно изменению психиатрии не только в организацион-

ном и методическом плане, но обусловит и глубокие методологические сдвиги. В частности, можно ожидать возникновения новой — информационной — парадигмы в психиатрии.

Предпосылки к этому возникли еще в 90-х годах прошлого века при переходе на МКБ-10 и внедрении операционального принципа диагностики психических расстройств. Критериальная диагностика, опирающаяся на объективированные и воспроизводимые психопатологические признаки, позволила заметно повысить надежность психиатрического диагноза. Однако при этом она способствовала ослаблению классического нозоцентрического понимания психических расстройств как самостоятельных заболеваний, которые имеют биологическую природу, проявляются характерным набором симптомов и развиваются по очерченным клиническим закономерностям. Все это, как ни парадоксально, способствовало углублению психосоматического парадокса, а также расширению методологического разрыва между диагностикой, терапией и профилактикой психических расстройств. Вопреки ожиданиям создателей DSM-III и МКБ-10, терапия, базирующаяся на критериальном принципе, не оказалась более эффективной, чем терапия, основанная на феноменологической оценке симптомов-мишеней. Не оправдали себя и надежды на то, что для каждой диагностической категории психических расстройств будут определены соответствующие фармакологические средства или психотерапевтические методы.

В реальности все оказалось сложнее. В современной терапевтической практике все чаще применяется полипрагмазия, психотерапия также теряет свою «специфику», прослеживается тренд к ее интеграции с психосоциальными подходами. Что же касается профилактической работы, то она, вообще, ориентируется не на клинические, а на биологические и социальные индикаторы.

Важнейшая причина этого заключается в том, что критериальный принцип диагностики, создает условия для отрыва от клинической психопатологии, утраты многосторонней и интегративной оценки психического статуса и анамнеза больного, «диссоциации» между квалификацией его состояния и протоколом медицинского обследования. Иначе говоря, формализация методов описания какого-либо качественного явления с необходимостью приводит к фрагментации категориального поля описывающих его знаний.

Острота указанной проблемы связана с тем, что информатизация психиатрии на основе операционального подхода еще более усилит тенденции к формализации и фрагментации психопатологии на субдисциплины. Не исключено, что во многих случаях связь между медицинской диагностикой и характером проводимого лечения будет вообще утрачена. Подобное можно нередко наблюдать в процессе «психологической» психотерапии. В таких случаях медицинский диагноз заменяется квалификацией разнообразных психологических проблем, а терапия идет не в соответствии с патогенетически обоснованным планом, а как бы «за пациентом», т. е. направлена на поверхностные слои последовательно актуализируемой

им интрапсихической или интерперсональной проблематики.

Психиатрия в условиях информатизации может начать рассматриваться в качестве еще одной из «услуг» или «опций» предоставляемых потребителю на основе неких формализованных стандартов. При этом психические расстройства будут отождествляться в массовом сознании и сознании организаторов здравоохранения с информационными нарушениями, которые можно преодолеть за счет повышения «совместимости» сознания человека с социальными критериями «нормальности».

Однако такой подход представляется чрезмерно упрощенным. Между искусственными информационными системами и способами обработки информации человеком имеются принципиальные различия. Для субъективного восприятия реальности человеком характерна также этическая оценка, которая недостижима для искусственных систем.

Тем не менее, сегодня вполне оправданным представляется вопрос об «информационном протезировании», связанном с компенсацией нарушенных вследствие заболевания психических процессов. Примерами здесь могут явиться системы активизации внимания, улучшения перцепции и расширения возможностей ассоциативной памяти, а также когнитивные подходы, базирующиеся на принципах информационной поддержки принятия решений [1, 2].

Не исключено также, что информационные системы в ближайшее время смогут использоваться как своеобразные «внешние оболочки» для улучшения саморегуляции и дифференциации поведения. Аналогичные механизмы можно наблюдать при высоко функциональном аутизме, когда пациенты с дефицитом эмпатии, научаются выстраивать свое взаимодействие с окружающими, ориентируясь не на собственный эмоциональный отклик, а на внешние признаки реагирования других людей.

Важной и уже активно осваиваемой сферой применения информационных технологий является моделирование социально-психологических условий жизни. Это необходимо для повышения у больных психологической компетентности, выработки социальных навыков, преодоления патологической тревоги и фобий, а также углубления критического и сбалансированного отношения к своему состоянию.

Сказанное пока мало вписывается в систему научных категорий практической психиатрии. Традиционная работа клинициста основана на выделении психопатологических симптомов, синдромов и нарушений поведения. При этом симптомы и синдромы рассматриваются как самостоятельные феномены, а то, что они по своей природе вторичны и являются отражением сложных адаптационных процессов в психике, нередко упускается из вида. Такое понимание психопатологии, хотя и предохраняет от беспочвенных спекуляций, в то же время существенно затрудняет функциональный анализ психопатологических явлений в контексте адаптации и деятельности.

Между тем, раскрытие функционального значения психопатологической симптоматики является суще-

ственным компонентом информационного подхода в психиатрии. В частности, тревога и фобии могут понижаться как механизмы торможения и трансформации побуждений, а депрессия — как их полная блокада. С этих же позиций присущая истерическим личностям демонстративность является следствием недостаточной критичности к своему поведению. В то время как паранойяльность отражает упрощение системы

субъективных оценок, затрудняющее многостороннее и взвешенное рассмотрение реальности.

С учетом сказанного именно функциональное понимание психопатологических явлений может открыть дорогу разработке информационных систем «человек-машина», направленных на компенсацию и преодоление разнообразных дефицитарных психопатологических состояний.

Библиографический список

1. Бобров А. Е. Методологические проблемы охраны психического здоровья // *Философия укрепления здоровья нации: Материалы конференции* / Под общей ред. А. И. Вялкова, Ю. М. Хрусталева, В. Д. Жирнова. — М.: Российское философское общество, 2008. — С. 32–48.
2. Бобров А. Е., Довженко Т. В., Кулыгина М. А. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014. — Т. 24. — № 1. — С. 70–75.
3. Kraus R., Stricker G., Speyer C. *Online Counseling // A Handbook for Mental Health Professionals Second Edition*. Elsevier. 2010. 290 p.
4. Moock J. Support from the Internet for Individuals with Mental Disorders: Advantages and Disadvantages of e-Mental Health Service Delivery // *Front Public Health*. 2014. Vol. 2. Art. 65. doi: 10.3389/fpubh.2014.00065.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТЕРАПИИ СИОЗС И КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бородин В. И., д. м. н., профессор ФМИЦПН им. В. П. Сербского,
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Россия, Москва

Аннотация

СИОЗС и трансперсональная психотерапия (КТП) депрессий имеют сходную переносимость. Для СИОЗС характерны соматоневрологические нежелательные явления, а для КТП — психические с компонентом гиперактивации.

Ключевые слова

Нежелательные явления, психотерапия.

TOLERABILITY OF SSRIS AND TRANSPERSONAL PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Borodin V. I., MD, Professor,
Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology,
Russia, Moscow

Abstract

SSRIs and transpersonal psychotherapy (CTP) of depressions have similar tolerability. Somatoneurological adverse events are more common for SSRIs, whereas psychic ones with hyperactivation component—for CTP.

Key words

Adverse events, psychotherapy.

Мнение, что *нежелательные явления* (НЯ) есть *облигатная составляющая любого терапевтического процесса*, стало общепринятым, а исходя из принципов доказательной медицины, проблема НЯ в психотерапии сегодня так же актуальна, как и в пси-

хофармакотерапии [2]. Учитывая существенную разницу в механизмах действия указанных видов лечения, сравнительная оценка их переносимости должна осуществляться в рамках системного подхода с учетом как внешнего (терапевтического), так и внутренне-

го (индивидуальная чувствительность) факторов, как объективной (с позиции врача), так и субъективной (с позиции пациента) составляющих [1, 3]. Особую значимость это имеет для больных с легкими и умеренно выраженными депрессиями, поскольку именно они предъявляют наиболее высокие требования к качеству жизни в ситуации терапии [3, 5].

Сравнительный анализ переносимости лечения по шкале UKU [4] в двух группах больных с легкими и умеренно выраженными депрессиями: получавших селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и тех, кому проводилась клиническая трансперсональная психотерапия (КТП), — не выявил статистически достоверных различий между двумя терапевтическими группами по показателю общей распространенности НЯ (80,0% vs 78,3%). Количество НЯ на одного больного в указанных группах также было весьма близким: 1,86 в группе СИОЗС и 1,77 в группе КТП. Не было различий и по показателю средней степени выраженности симптомов: 1,23 балла при терапии СИОЗС и 1,21 балла при КТП.

При фармакотерапии СИОЗС такие НЯ, как тошнота/рвота, сонливость и снижение аппетита встречались достоверно чаще, чем при КТП. В качестве преобладающего НЯ при психотерапии выступало увеличение тревоги/беспокойства. При КТП также достоверно чаще встречались увеличение сновидений и ком в горле, которые в большинстве случаев имели отчетливый конверсионный характер. Ряд НЯ, регистрируемых при КТП — психическая гиперактивация, боли в мышцах, чувство озноба, — вообще не были отмечены в процессе приема СИОЗС. С другой стороны, при КТП не отмечались следующие НЯ, возникавшие у больных, получавших СИОЗС: нарушение оргазма, задержка эякуляции у мужчин, сухость во рту, тахикардия, диарея, запоры, потливость, набухание молочных желез, ортостатическая гипотензия, гипокинезия, объяснявшиеся прямым механизмом действия данных препаратов.

При терапии СИОЗС основное место занимали НЯ соматоневрологического характера (67,7%), а при КТП — психические НЯ (55,7%). Можно также говорить о векторных различиях качественно-количественных характеристик психических НЯ: в сторону *гиперседации* при терапии СИОЗС и *гиперактивации* — при КТП. Значительно большим клиническим разнообразием при терапии СИОЗС, по сравнению с КТП, характеризовался спектр вегетативных НЯ. То же самое касалось и НЯ неврологического характера, из которых при КТП отмечался только тремор (у 8,3% пациентов). При терапии СИОЗС с высокой частотой отмечались снижение аппетита и сексуальные расстройства (снижение либидо, эрекции, аноргазмия). При КТП явно выделялись НЯ конверсионного характера в виде кома в горле, ощущения нехватки воздуха, головных болей напряжения. Нарушения аппетита в группе СИОЗС были однонаправленными — в сторону снижения, а в группе КТП снижение и повышение аппетита встречались почти одинаково часто.

Динамика общей распространенности НЯ в процессе лечения имела регрессирующий характер в обе-

их терапевтических группах. Более чем у половины больных (68,9% при терапии СИОЗС и 55,0% при КТП) большинство НЯ возникали уже на 1-й неделе терапии. Динамика редукции и возникновения новых НЯ при терапии СИОЗС имела несколько более плавный характер, по сравнению с КТП, при которой неожиданно выявилось торможение редукции НЯ на 3-й и незначительное увеличение числа вновь возникших НЯ на 4-й неделе исследования. У больных, проходивших КТП, 79,3% первоначально возникших НЯ редуцировались уже на 2-й неделе терапии, в то время как аналогичный показатель при терапии СИОЗС составил только 37,3%. Приведенные данные свидетельствуют о значительно меньшей устойчивости и меньшей средней продолжительности НЯ при КТП, по сравнению с терапией СИОЗС.

Динамика некоторых НЯ драматически различалась в зависимости от вида терапии: если распространенность тревоги/беспокойства в группе больных, принимавших СИОЗС, характеризовалась тенденцией постепенного снижения по ходу терапии, то в группе КТП общее количество больных с данным симптомом сначала резко возросло между 1-й и 2-й неделями терапии, а затем постепенно снижалось. Распространенность увеличения сновидений в группе СИОЗС так же, как и тревоги/беспокойства, была максимальной на 1–2 неделях терапии и в дальнейшем постепенно снижалась, а в группе КТП, напротив, неуклонно возрастала до 5-й недели лечения. Таким образом, динамика распространенности психических НЯ общей тревожно-активирующей направленности при КТП, в отличие от терапии СИОЗС, имеет диссоциированный характер: регрессирующий — для тревоги/беспокойства и прогрессирующий — для увеличения сновидений. Описанный феномен, с учетом общих закономерностей личностной психодинамики в психотерапевтическом процессе, может свидетельствовать об активизации механизмов психической переработки болезненных переживаний.

Сопоставление показателей объективной и субъективной оценок переносимости лечения показало, что вне зависимости от вида терапевтического воздействия общее число НЯ, тестируемых при объективной оценке, примерно в два раза превосходит соответствующее их количество по данным субъективной оценки (2,1:1 при терапии СИОЗС и 2,0:1 при КТП), отражая, таким образом, некие общие закономерности самооценки больными своего состояния в терапевтическом процессе.

По данным субъективной оценки, наибольшие различия между двумя терапевтическими группами касались «субъективно непереносимых НЯ». В группе больных, получавших СИОЗС, таковыми являлись диарея, рвота, дневная сонливость. В группе КТП диарея и рвота практически не встречались, сонливость регистрировалась лишь в единичных случаях и была субъективно вполне переносимой, а непереносимым НЯ оказались тревога/беспокойство.

В то же время результаты проведенного исследования показали, что жесткое подразделение НЯ на: «субъективно агнозируемые», «субъективно пе-

реносимые» и «субъективно непереносимые» — имеет относительный характер, поскольку отражает лишь суммарную оценку их большинством пациентов. В существенно индивидуальном плане точнее говорить о *различной доле объективной и субъективной составляющих общей оценки для каждого симптома внутри непрерывного спектра их соотношений*. С этой позиции объективная составляющая общей оценки явно преобладает в структуре переносимости таких НЯ, как апатия и увеличение сновидений, а субъективная — в структуре переносимости головокружения, тремора, беспокойства и сонливости, причем вне зависимости от вида терапии. Этому не противоречит тот факт, что инсомния, головные боли и снижение веса при терапии СИОЗС оцениваются в качестве НЯ преимущественно объективно, а при КТП — субъективно. В конечном счете, высокий уровень субъективной значимости тех или иных НЯ фармако- или психотерапии может обуславливать в случае их возникновения повышенный риск отказов больных от проводимого лечения.

Суммируя все сказанное, необходимо заметить, что субъективная значимость тех или иных НЯ в большей степени зависит от клинических особенностей симптомов как таковых, а также психологического

контекста проводимой терапии, но не непосредственно от механизма действия последней.

Выделенные в итоге комплексные варианты переносимости лечения — *ассоциировано-толерантный, диссоциированный и ассоциировано-интолерантный* — сходным образом распределялись в обеих терапевтических группах, что свидетельствует о принципиальной сопоставимости основанной на комплексной оценке, с учетом объективной и субъективной составляющих, общей переносимости фармакотерапии СИОЗС и КТП. Таким образом, с точки зрения переносимости лечения современные антидепрессивные лекарственные препараты мало уступают даже психотерапии.

Анализ предикторов переносимости лечения показал, что неблагоприятными из них при терапии СИОЗС являются первый депрессивный эпизод, легкая степень выраженности депрессии, ее истерический вариант, а также истероидный тип личности, а благоприятными — повторный депрессивный эпизод, умеренно выраженная депрессия, ее астенический и тоскливый варианты, а также шизоидный тип личности. К неблагоприятным предикторам переносимости КТП статистически достоверно можно отнести лишь истерический вариант депрессии и истероидные личностные черты, а к благоприятным — шизоидные.

Библиографический список

1. Бородин В. И., Миронова Н. В. Эффективность и переносимость трансперсональной психотерапии у больных с депрессивными расстройствами // XIV съезд психиатров России, 15–18 ноября 2005 г. (материалы съезда). С. 389.
2. Boorstein S. Transpersonal psychotherapy // Am. J. Psychotherapy. 2000, Summer; 54(3): 408–23.
3. Dammen T., Papageorgiou C., Wells A. An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway // Nord. J. Psychiatry. 2015, Feb; 69(2): 126–31.
4. Lingjarde O., Ahlfors U. G., Bech P. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating // Acta. Psychiatr. Scand. (Suppl). 1987; 334: 1–100.
5. Roberis H. Neurotic patients who terminate their own treatment // Br. J. Psychiatry. 1985; 146(4): 443–5.

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Бородина Л. Г., к. м. н., доцент,
Московский государственный психолого-педагогический университет,
Россия, Москва

Аннотация

В статье обобщен многолетний опыт медицинского сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра в условиях образовательного учреждения — центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков. Обсуждаются особенности совместной с педагогами и психологами деятельности врача-психиатра, возможности и эффективность фармакотерапии у части детей. Обсуждается проблема комплаентности при фармакотерапии. Особый акцент делается на важности психотерапевтической поддержки семей, воспитывающих ребенка с РАС.

Ключевые слова

Сопровождение, медицинское, аутизм, фармакотерапия, психотерапия, образовательное.

MEDICAL ASSISTANCE FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

**Borodina L. G., PhD (Medicine), Associate Professor,
Moscow State University of Psychology and Pedagogics,
Russia, Moscow**

Abstract

A multiyears experience of medical assistance of children with autism spectrum disorders at the Centre of medical, psychological, and social assistance for children and adolescents is summed up in the article. The forms of psychiatrists' cooperation with teachers and psychologists are discussed, as well as the possibilities and effectiveness of pharmacological intervention. The compliance questions are raised. The study makes a special accent on the importance of psychotherapy for families having children with ASD.

Key words

Autism, assistance, medical, educational, farmacotherapy, psychotherapy.

Аутизм является тяжелым, инвалидизирующим, заболеванием раннего детского возраста и характеризуется грубым дефицитом в области коммуникации, социального взаимодействия и речи, наличием ограниченных, стереотипных моделей поведения и интересов, часто сопровождается неравномерным интеллектуальным недоразвитием. Согласно статистическим данным американских центров по контролю и предотвращению заболеваний, выявляемость расстройств аутистического спектра выросла с 1 случая на 88 детей в 2008 г. до 1:45 детей в 2015 г. [14].

Этиология расстройств аутистического спектра остаётся неясной. Несомненна роль генетической составляющей, на проявления которой могут оказывать воздействие различные факторы окружающей среды [11]. Многие годы была популярна «прививочная» теория аутизма [12]. В проведённом нами исследовании начало первого регресса наступало непосредственно после профилактической прививки в 11% случаев [2].

В российской психиатрической школе традиционным был взгляд на аутизм как на синдром шизофренического круга [1, 5]. Напротив, в англоязычной литературе преобладает противопоставление аутизма и шизофрении по принципу отсутствия при первом и наличии при второй галлюцинаторно-бредовой симптоматики [10]. Однако, в последние годы многие исследователи обращают внимание на схожесть проявлений этих двух расстройств [9, 13]. Голландскими авторами была предложена диагностическая единица «множественное сложное расстройство развития» для случаев с эмоциональной дисрегуляцией, нарушенным мышлением и риском психотических эпизодов до 68% [13]. Современные генетические исследования всё чаще имеют своей находкой большой процент перекрытия генных участков, ответственных за большие психиатрические заболевания (шизофрению, БАР, аутизм) [8]. Интересом заслуживает модель, предложенная японскими исследователями, в которой шизофрения является одним из возможных проявлений единого аутистического спектра [9].

Однако, независимо от предполагаемого происхождения расстройства и его нозологической принадлежности, практическая помощь детям, страдающим расстройствами аутистического спектра, является прерогативой деятельности практикующего врача. Мы имеем уникальный 20-летний опыт оказания медицинской и психотерапевтической помощи семьям детей с РАС в условиях образовательного учреждения — ЦПМССДиП МГППУ. В нашем учреждении детям с РАС оказывает комплексную помощь команда специалистов: педагогов-психологов, дефектологов, логопедов и врачей-психиатров. Обобщая накопленный опыт, можно выделить следующие особенности медицинского сопровождения детей с РАС в условиях образовательного учреждения:

1. Возможность наблюдения врачом ребенка непосредственно на занятии, отслеживания динамики его состояния и эффективности вмешательства, с целью повышения работоспособности ребенка и продуктивности учебного процесса.
2. Возможность регулярного контакта с родителями.
3. Возможность регулярного контакта с педагогами, что повышает объективность оценки.
4. Возможность совместного обсуждения проблем ребенка и его лечения в триаде родитель-врач-педагог.

К выработанным на основе многолетнего лечебного опыта принципам медикаментозной коррекции можно отнести следующие.

1. Диагноз РАС не должен «автоматически» вести к назначению медикаментозного лечения, но должен «автоматически» вести к направлению на интенсивную педагогическую коррекцию;
2. До 50% детей с РАС может обучаться без медикаментозной поддержки при условии интенсивного педагогического воздействия.
3. Состояние 10–15% детей с РАС на момент первичной врачебной консультации таково, что занятия без предварительной медикаментозной коррекции невозможны; в 35–40% случаев медикаментозная поддержка имеет шанс улучшить

- эффективность занятий, облегчить и ускорить приобретение ребенком необходимых навыков;
4. Несомненными показаниями к медикаментозному вмешательству являются: нецеленаправленное психомоторное возбуждение с импульсивностью и негативизмом; выраженная дезорганизация поведения, в сочетании с грубым нарушением или невозможностью контакта; стойкая агрессия и аутоагрессия, не связанные с ситуацией или не поддающиеся коррекции поведенческими методами; брутальность и разрушительность поведения. Квалифицированная клиническая оценка психического состояния должна исключать смещения таких понятий, как «гиперактивность» и «возбуждение», «дефицит внимания» и «психическая дезорганизация».
 5. Среди используемых препаратов наиболее предпочтительны нейролептики с дозозависимым стимулирующим действием: перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид. Атипичные нейролептики рисперидон и арипипразол также используются, но не всегда удобны вследствие большого процента метаболических побочных эффектов и наблюдаемого у части детей выраженного синдрома отмены. Нейролептики-седатики: хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, перициазин, — необходимы в ряде случаев, но применение их нередко осложняется особенностями их побочного действия у невербальных детей раннего возраста. Ноотропы и ингибиторы холинэстеразы применяются после ЭЭГ-исследования, обычно в комбинации с нейролептиками. Противосудорожные препараты используются и для прямого антиэпилептического, и для нормотимического действия. Фармакотерапия приводит к улучшению психического состояния в 65% случаев, что отражает снижение баллов CARS по шкалам 1 (отношение к людям), 3 (эмоциональное реагирование), 4 (пользование телом), 6 (адаптация к переменам) и 10 (страх и тревога) [6].
 6. Подбор эффективной схемы лечения требует тесного сотрудничества и взаимного доверия между родителями и врачом, т. е. комплаентности родителей. Именно данный момент представляет наибольшую проблему. В этой связи особенно важна психотерапевтическая компетентность врачей-психиатров, работающих с тяжелой психической травмой, каковой является для родителей диагноз «аутизм» у ребенка. Следует упомянуть проведенное нами мини-исследование, показавшее, что наиболее активную и эффективную деятельность по реабилитации ребенка способны вести родители, использующие примитивные, но действенные в экстремальной ситуации, психологические защиты. Психотерапевтическая поддержка семьи в случае диагноза «аутизм» у ребенка не может быть переоценена и по важности не уступает, а часто и превосходит эффективность медикаментозного вмешательства. Своевременное информирование о методах коррекции, обучение родителей этим методам с учетом их образовательного уровня, интеллектуальных и эмоциональных ресурсов — вот краткий перечень минимальной психотерапевтической помощи, оказываемой родителям детей с РАС [4].
- Таким образом, тесное сотрудничество врача-психиатра, педагогов и родителей в условиях образовательного учреждения типа ЦПМСС позволяет сделать медицинское сопровождение ребенка с РАС максимально гибким, обеспечивающим его оптимальное самочувствие и работоспособность путем лекарственной терапии, а также психотерапевтической поддержки семьи.

Библиографический список

1. Башина В. М., Симашкова Н. В. Аутизм в детстве // В. М. Башина. Лечение и реабилитация. М.: Медицина, 1999. С. 171–206.
2. Бородина Л. Г. Факторы, предшествовавшие началу заболевания у детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2009. № 2. С. 13–20.
3. Бородина Л. Г. Лекарственная терапия расстройств аутистического спектра у детей: опыт зарубежных психофармакологов // Аутизм и нарушения развития. 2012. № 4. С. 1–18.
4. Бородина Л. Г. Рекомендации родителям при предположении у ребенка расстройства аутистического спектра / Аутизм и нарушения развития, 2015. Том 13, № 4. С. 39–43.
5. Бородина Л. Г. Смена диагноза РАС после 18 лет: мнение психиатра / Аутизм и нарушения развития. 2015. Т. 13, № 3. С. 41–43.
6. Касаткин В. Н., Шапошникова А. Ф., Письменная Н. В. и др. Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Детский аутизм: исследования и практика / Под ред. В. Н. Касаткина. М.: Изд-во ЦПМССДиП, 2008. — С. 26–58.
7. Chisholm K., Lin A., Abu-Akel A., Wood S. J. The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence / *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Aug; 55:173–83.
8. Doherty J. L., Owen M. J. Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice / *Genome Med.* 2014 Apr 28;6(4):29.
9. Morioka H., Kawaike Y., Sameshima H., Ijichi S. Behavioral and cognitive core domains shared between autism spectrum disorder and schizophrenia // *Open Journal of Psychiatry.* 2013. Vol. 3. No. 2A. Article ID:29767, 6 p.
10. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered // *J Autism Child Schizophr.* 1972;2:315–337.
11. Sealey L. A., Hughes B. W., Sriskanda A. N., Guest J. R., Gibson A. D., Johnson-Williams L., Pace D. G., Bagasra O. Environmental factors in the development of autism spectrum disorders // *Environ Int.*, 2016, Mar; 88:288–98.

12. *Turville C., Golden I.* Autism and vaccination: The value of the evidence base of a recent meta-analysis // *Vaccine*. 2015 Oct 13; 33(42):5494–6.
13. *Van der Gaag R.J., Buitelaar J., Van den Ban E. et al.* A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34: 1096–1106.
14. *Zablotsky B., Black L.I., Maenner M.J., Schieve L.A., Blumberg S.J.* Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey/ *National Health Statistics Reports*, No. 87, Nov 13, 2015.

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ БРИГАДА КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Васюшкина М. А.,
федеральное казенное учреждение «Орловская психиатрическая больница
специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России,
Орел, Российская Федерация**

Аннотация

Современная психиатрическая помощь должна быть комплексной и сочетать в себе различные методы. В этой ситуации особое место занимает полипрофессиональный бригадный подход. Именно он позволяет использовать многоплановую модель работы с проблемами пациента (социальной, медицинской, психологической) и оптимизировать психиатрическую помощь. Он обеспечивает комплексное ее оказание, в том числе в условиях принудительного лечения. Способствует более полной и качественной реабилитации лиц с психическими расстройствами.

Ключевые слова

Психиатрическая помощь, полипрофессиональная бригада, принудительное лечение.

MULTIDISCIPLINARY CASE MANAGEMENT TEAM AS AN EFFECTIVE MODEL TO DELIVER PSYCHIATRIC CARE IN CONDITIONS OF COMPULSORY TREATMENT

**Vasyushkina M. A.,
Federal Government Institution “Orel Special Psychiatric Hospital with Intensive
Care, Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Orel, Russian Federation**

Abstract

Current psychiatric care must be integrated and comprise a variety of methods. Therefore, special attention is given to the approach of multidisciplinary management team. It allows using a multidimensional model for handling patient's problems (social, medical, psychological) and to optimising psychiatric care. It provides comprehensive service delivery including compulsory treatment and brings along psychological adjustment for patients with mental disorders.

Key words

Psychiatric care, psychological adjustment, compulsory treatment.

Психические расстройства и, шире, проблемы психического здоровья приобретают в последние десятилетия особую значимость среди всех классов заболеваний. Они все чаще становятся предметом специального рассмотрения правительств, межгосударственных институтов [1, С. 10].

В документах ВОЗ отмечено, что одной из основных задач современных психиатрических служб является привлечение внимания общественности, государственных структур к проблеме психического населения, доведение до них новых данных о масштабе потерь от психической патологии, который сопоста-

вим с таковым при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях, и на этой основе отнесение психиатрии к приоритетным медицинским дисциплинам [2, С. 352].

В настоящее время сложилась довольно непростая экономическая ситуация как в нашей стране, так и во всем мире. Это в свою очередь оказывает существенное влияние на социальную адаптацию населения. Особенно уязвимы в данной ситуации лица, страдающие различными психическими нарушениями. Зачастую не имея специализированных профессиональных навыков, им бывает особенно сложно приспособиться к жизни в социуме. При этом многие из них подвержены алкогольной или наркотической зависимости. Все это в свою очередь приводит к асоциальному образу жизни таких людей, и как следствие, ухудшению течения психического заболевания и совершению различных противоправных действий. Поэтому современная психиатрическая помощь населению должна быть комплексной и сочетать в себе различные методы. Особое значение это имеет в случае лечения лиц с психическими расстройствами, совершившими общественно-опасные действия, в том числе тяжкие и особо тяжкие, и представляющими социальную опасность для себя и окружающих. Для таких пациентов, в случае признания их невменяемыми в отношении совершенных правонарушений, применяются принудительные меры медицинского характера. В этой ситуации особое место занимает полипрофессиональный бригадный подход. Именно он позволяет использовать многоплановую модель работы с проблемами пациента (социальной, медицинской, психологической) и оптимизировать психиатрическую помощь.

В частности, в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением довольно успешно применяется метод полипрофессиональных бригад. В данном учреждении по определению суда проходят принудительное лечение лица с психическими расстройствами в связи с признанием их невменяемыми в отношении совершенных правонарушений. При этом большинство преступлений относятся к категории тяжких или особо тяжких (убийства, грабежи, разбой, изнасилования и др.). Как показал анализ 50 историй болезни пациентов, проходивших принудительное лечение в ОПБСТИН, полипрофессиональный метод обеспечивает качество выполнения принудительной меры медицинского ха-

рактера. Среди данных больных преобладали лица с шизофренией — 31 больной, остальные — органические психические расстройства (10) и умственная отсталость (9). При этом 54% пациентов привлекались за убийства и нанесение тяжких телесных повреждений, в т. ч. со смертельным исходом; 23% составили кражи, грабежи и разбойные нападения; 10,5% — изнасилования и насильственные действия сексуального характера; 12,5% — прочие правонарушения. Во время прохождения принудительного лечения с больными постоянно проводилась работа полипрофессиональной бригады. В ее состав входит врач-психиатр, социальный работник, социальный педагог и психолог. Таким образом, помимо непрерывной психофармакотерапии с больным проводится активная работа в различных направлениях. Со стороны социального работника — восстановление родственных связей, определение и продление группы инвалидности, восстановление паспорта, прописки и т. д. Социальный педагог проводит занятия, направленные на повышение общеобразовательного уровня, выработки навыков саморегуляции, формирование представления об общепринятых нормах и правилах поведения в обществе. Со стороны психолога ведется психокоррекционная работа. Она представляет собой групповые и индивидуальные занятия, направленные на коррекцию индивидуально-психологических особенностей пациентов, формирование критической оценки к совершенным поступкам, мотивации на взаимодействие с окружающими. В результате работы полипрофессиональной бригады у более половины пациентов (64%) отмечалась значительная положительная динамика в виде формирования общепринятых правил поведения в обществе, появления достаточной критики к заболеванию и совершенному правонарушению, восстановления переписки с родственниками. Отсутствие выраженных положительных результатов у остальных 36% пациентов объяснялось крайне низким уровнем их общего образования, выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, длительной алкоголизацией в анамнезе либо употреблением наркотических веществ.

Таким образом полипрофессиональный бригадный подход обеспечивает комплексное оказание психиатрической помощи, в том числе в условиях принудительного лечения. Способствует более полной и качественной реабилитации лиц с психическими расстройствами, а также создает условия для их реадaptации и ресоциализации.

Библиографический список

1. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
2. Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др. Психиатрия: Руководство для врачей. В двух томах. Т. I / Под ред. А. С. Тиганова. М.: ОАО «Издательство „Медицина“», 2012. 808 с..

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

**Виноградова М. Г., к. псих. н.,
МГУ имени М. В. Ломоносова,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В статье рассматриваются основные перспективы и трудности исследования когнитивных процессов при расстройствах личности. На основании проведенных экспериментальных исследований выделяется несколько клинико-психологических феноменов, определяющих специфические особенности когнитивных процессов при шизотипическом расстройстве личности.

Ключевые слова

Клиническая психология, когнитивные процессы, шизотипическое расстройство личности.

CLINICAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COGNITIVE PROCESSES IN SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDERS

**Vinogradova M. G., PhD (Psychology),
Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article discusses the main challenges and prospects for the study of cognitive processes in personality disorders. On the basis of experimental studies, several clinical psychological phenomena and determines the specific features of cognitive processes in schizotypal personality disorder.

Key words

Clinical psychology, cognitive processes, schizotypal personality disorders.

Традиционная для отечественной психологии теоретическая проблема единства аффекта и интеллекта (Выготский Л. С.) в клинико-психологической практике находит свое выражение в исследованиях, направленных на изучение когнитивных процессов при расстройствах личности. Использование тестового, проективного и экспериментального методов позволило сформулировать представления о пристрастности познания при расстройствах личности [4] и об аффективно-когнитивном стиле [2].

Выделенное сравнительно недавно в качестве самостоятельной нозологической единицы шизотипическое расстройство личности привлекает внимание исследователей возможностью обсуждения роли когнитивных и аффективных особенностей в формировании специфических клинических симптомов, отражающих измененное социальное взаимодействие, искажения суждений и эмоционального реагирования [5]. Значительная часть исследований больных с шизотипическим расстройством личности выполнена в рамках изучения отдельных аспектов когнитивных процессов (например, исследования когнитивных стилей), а также нейрокогнитивного функциони-

рования данных больных (например, исследование рабочей, зрительной и вербальной памяти, внимания, скорости процессов обработки информации, способности к рассуждениям и проблемно-разрешающему поведению) [6, 7]. Одно из направлений исследований больных данной группы — изучение особенностей ментализации как эмоциональной восприимчивости и когнитивной способности представлять психические состояния [3].

Следует отметить, что исследование когнитивных процессов при расстройствах личности наталкивается на необходимость создания сенсibilизированных условий деятельности и использования специфического стимульного материала, поскольку результаты выполнения большинства основных широко распространенных методик данными больными близки к нормативным, а наблюдаемые отклонения часто представляют собой стилевые особенности деятельности или констелляцию этих особенностей с компенсаторными стратегиями, позволяющими достигать нормативного уровня выполнения. Для преодоления перечисленных трудностей перспективным представляется дальнейшее расширение области применения метода

качественного анализа результатов выполнения на ряд широко используемых методик, а также создание модификаций и новых процедур обработки некоторых методик. Сопоставление количественных данных с результатами качественного анализа является традиционным для отечественной патопсихологии подходом к экспериментальному исследованию и позволяет аргументировано выделять и описывать клинико-психологические феномены.

Реализация в экспериментальном исследовании изложенных методических принципов и учет ограничений буквального переноса получаемых показателей на доступный больным с расстройствами личности уровень когнитивного функционирования позволяют сформулировать ряд общих выводов об особенностях когнитивных процессов при шизотипическом расстройстве личности.

Во-первых, на этапе принятия инструкции и формирования программы собственных действий больные с шизотипическим расстройством личности испытывают затруднения при необходимости преодолевать сложившийся стереотип действий и обращаться к реализации «двухфазных» задач. В таких случаях столкновение с непродуктивностью имеющегося стереотипа приводит к отказам от дальнейших действий при фрагментарности повторного анализа условий задачи: такой анализ подменяется фиксированностью на несоответствии между выбранным элементом стимульной ситуации и предположениями о ходе выполнения (например, при решении головоломок, составлении последовательности картинок).

Во-вторых, стремление редуцировать сложную стимульную ситуацию до набора произвольно выбранных параметров обеспечивает достаточную продуктивность в условиях заданного результата деятельности (например, в воспроизведении простых рассказов, подборе фраз к пословицам из имеющегося набора, складывании кубиков Коса).

Но при увеличении числа альтернативных решений с необходимостью самостоятельного выбора на основе принятия или отвержения конкурирующих гипотез выявляется снижение продуктивности (например, при выполнении модифицированного теста Виткина). Наряду с этим отмечается компенсаторное стремление «доработать» предложенный стимул, добываясь его соответствия образцу, — таким образом избегается необходимость выбора. Подобный перевод ситуации выбора в ситуацию с множественными выборами, без дифференциации их по релевантности требованиям задачи, приводит к характерному для больных с шизотипическим расстройством личности нарушению избирательности, обуславливая формирование искаженной цели деятельности. То есть цель, заданная условиями задачи, подменяется субъективно понятной целью, к тому же способствующей иллюзорному поддержанию переживания собственной успешности и соответствия внешним требованиям.

На основании данных, полученных в исследовании Шабановой А. А. [1], необходимо подчеркнуть, что описанное выше специфическое нарушение из-

бирательности процессов анализа и синтеза у больных с шизотипическим расстройством личности обнаруживается на материале невербальных заданий с высокой степенью неопределенности и вариативности стимульного материала (например, в субтесте «Недостающие детали» теста Векслера). В условиях работы с вербальным материалом не обнаружено значимых различий с выполнением респондентов без психических расстройств (например, в субтесте «Сходство» теста Векслера). Это, возможно, вызвано доступностью использования больными с шизотипическим расстройством личности основных социально-детерминированных формальных критериев для вынесения суждений и, в свою очередь, объясняет часто встречающуюся в повседневной клинической практике достаточную результативность выполнения ими большинства методик, направленных на исследование когнитивных процессов.

В-третьих, в ситуациях, моделирующих социальную значимость (например, в тесте рисуночной фрустрации С. Розенцвейга) в качестве особенности когнитивных процессов больных с шизотипическим расстройством личности выступает формулирование множественных выборов наряду с поиском идеального решения. Такое выполнение обеспечивается ориентацией на отдельные элементы стимульной ситуации (преимущественно неодушевленные объекты) и развернутыми рассуждениями, направленными как на балансирование эмоционального напряжения, так и на компенсацию трудностей понимания социального взаимодействия через формализацию ситуации, отнесение ее к некому типовому сценарию (что облегчается использованием опоры на элементы ситуации без анализа целостного контекста).

Данные особенности когнитивных процессов могут не проявляться в условиях деятельности, четко регламентированных инструкцией и требованиями к выполнению. Но при введении возможности свободной интерпретации материала респондентом отмечается нарастание ошибочных суждений. Это наблюдается и в некоторых случаях, когда полученный ответ верен: его объяснение приводит к вскрытию искаженных основ для суждения, а также провоцирует появление паралогичных высказываний и трактовок (например, в методиках на сопоставление противоречивых высказываний, на оценку и дополнение антонимичных пар, при выполнении субтеста «Последовательные картинки» теста Векслера).

Таким образом, проведенные исследования когнитивных процессов у больных с шизотипическим расстройством личности позволяют выделить ряд клинико-психологических феноменов: перевод ситуации выбора в плоскость множественных выборов, направленность на поиск идеального решения, использование типизации стимулов для избегания полидетерминированности сложных социальных стимулов наряду с достаточной эффективностью использования социально-детерминированных формальных критериев для вынесения суждения.

Библиографический список

1. *Виноградова М. Г., Шабанова А. А.* Выполнение невербальных задач больными с расстройствами личности // Клиническая и медицинская психология: исследование, обучение, практика. 2014. № 4(6). — <http://medpsy.ru/climp>.
2. *Соколова Е. Т.* Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015.
3. *Соколова Е. Т., Андreyuk К. О.* Особенности ментализации у больных с шизотипическими расстройствами // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 46. С. 1. — <http://psystudy.ru>
4. *Тхостов А. Ш., Виноградова М. Г.* Нарушения мышления при истерическом расстройстве личности. // Психологические исследования. 2010. Т. 2. № 10. — <http://psystudy.ru>
5. *Ekstrom M., Mortensen E. L., Sorensen H. J., Mednick S. A.* Premorbid personality in schizophrenia spectrum: A prospective study // Nord J. Psychiatry. 2006, 60. P. 417–422.
6. *Kyle S., Alex S.* Affective reactivity of speech disturbances in schizotypy. *Psychiatric Research*. 2010. Vol. 44. P. 99–105.
7. *Peters M. J., Smeets T., Giesbrecht T., Jelicic M., Merchelbach H.* Confusing action and imagination: action source monitoring in individuals with schizotypal traits // *Journal of nervous and mental disease*. 2007. 195(9): 752–757.

АКТИВНАЯ ГРУППОВАЯ МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Глазева М. А.¹, к. псих. н., доцент, Пономаренко В. Н.², психотерапевт,
Пустотин Ю. Л.², психотерапевт,

¹ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ,

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2»,
Оренбург, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлен опыт проведения активной групповой музыкальной терапии, основанной на модели аналитически ориентированной музыкальной терапии, на базе отделения динамической психиатрии Оренбургской областной клинической психиатрической больницы.

Ключевые слова

Активная групповая музыкальная терапия, душевное здоровье, музыкальная импровизация.

ACTIVE GROUP MUSIC THERAPY IN THE TREATMENT OF STATIONARY IN DYNAMIC PSYCHIATRY

Glazeva M. A.¹, PhD (Psychology), Associate Professor,
Ponomarenko V. N.², Psychotherapist, Pustotin U. L.², Psychotherapist,

¹Orenburg State Medical University,
²Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 2,
Orenburg, Russian Federation

Abstract

The article presents the experience of the active group music therapy based on the model of analytically oriented music therapy at the Department of dynamic psychiatry of Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital.

Key words

Active group music therapy, mental health, musical improvisation.

Музыкальная терапия получает сегодня все большее признание в медицинских учреждениях в связи с ее благотворным влиянием на физиологические показатели и душевное здоровье пациентов [2, 4, 5, 7, 8]. Уникальность психотерапевтического потенциала музыкальной терапии в работе с психиатрическими пациентами состоит в том, что она позволяет найти

доступ к довербальным уровням формирования человеческой личности, которые существенным образом задействованы в развитии психических заболеваний и расстройств. «Использование музыки в терапии психических заболеваний вполне закономерно, — отмечал М. М. Кабанов, — так как музыка способна изменять настроение, уменьшать напряженность и тревогу, ока-

зывать мощное активизирующее влияние» [5, с. 82]. Эти факторы используются в процессе восстановительного лечения психически больных, которое рассматривается как первый этап их реабилитации.

Музыкальная терапия — это целенаправленное применение музыки или ее элементов в терапевтических целях [4, с. 18]. Активная музыкотерапия представляет собой одну из форм невербальной психотерапии, при которой построение терапевтического процесса основано на использовании пациентами музыкальных инструментов в ходе индивидуально-группового занятия в виде исполнения музыкальных композиций, как правило, импровизационного характера, либо замены вербального компонента общения звуками музыкальных инструментов.

Музыкальную терапию в отделении динамической психиатрии проводят сертифицированные музыкальные терапевты, получившие образование в рамках проекта постдипломного обучения по музыкальной терапии и музыкальной психологии в г. Оренбурге, реализованном совместно Оренбургским институтом искусств и Институтом музыкальной терапии Гамбургской высшей школы музыки и театра (2008–09 гг.). Музыкальные терапевты во взаимодействии с командой специалистов отделения создают примерный план лечения, формулируя основные цели и задачи работы с пациентами, что определяет форму и содержание музыкотерапевтических занятий; лечебно-реабилитационные воздействия основаны на биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, концепции творчества как особого вида деятельности, связанного с духовной сферой и механизмами адаптации человека.

Реализуется модель аналитически ориентированной музыкальной терапии, теоретической базой которой выступает, главным образом, психодинамический подход; основные цели — перевод посредством музыки вытесненного бессознательного материала человека в его сознание, последующая коррекция эмоционального опыта через процессы переноса и контрпереноса; частные цели — получение доступа к довербальным уровням формирования человеческой личности, в которых коренятся причины конфликтов; воспроизведение внутриспсихических состояний и конфликтов; невербальная проработка конфликта; установление отношений с действительностью посредством символизации, трансформирование и структурирование дезинтеграционных процессов, возникающих в результате разрушения личности и др. [2, 4]. Основным содержанием процесса аналитической музыкотерапии является восприятие пациентом музыки и/или ее создание в виде музыкальных импровизаций с последующим обсуждением в ходе обратной связи от группы и терапевта. В процессе обсуждения участники группы делятся эмоциями, происходят анализ ассоциаций, сновидений, сопротивлений; интерпретации со стороны терапевта и участников группы.

Музыкальный опыт может быть использован в дополнение или вместо типичных словесных методов психоанализа [6]. Терапевт помогает пациенту осмыслить бессознательные процессы, отражающие-

ся в его музыкальных импровизациях. Терапевт в процессе групповой работы может выступать для клиента в трех ипостасях: как питающий (дающий поддержку), отражающий (дающий обратную связь) и как визави (собеседник). Выбор той или иной роли происходит на основе профессиональной и личной способности терапевта к вчувствованию в клиента [1, с. 14].

Показания для участия пациента в групповой музыкотерапии основываются на: стабилизации (интермиссии) психического состояния пациента; мотивации пациента, его желании участвовать в музыкальной терапии; рекомендациях лечащего врача — психиатра. Противопоказаниями являются: острые психотические состояния; тяжёлые формы депрессии или маниакальные состояния; личностные расстройства (состояние декомпенсации) и т. п.

На начальных этапах групповых занятий решаются задачи, связанные с адаптацией к условиям стационара, эмоциональной стабилизацией, повышением мотивации к групповой работе и т. п. Далее приоритетными становятся задачи, связанные с проявлением и преодолением внутриличностного конфликта, коррекцией неадекватных эмоциональных, когнитивных и поведенческих стереотипов [2, 4, 7]. Музыкальные импровизации пациентов помогают им лучше вербализовать проблему, осознать и описать ее, изменить к ней отношение, что является основой для психологических изменений. В исполнении музыки задействованы все четыре основные психические функции: мышление, чувствование, ощущение и интуиция [8]. Совместные импровизации участников группы, включая игру на инструментах, голос, движение способствуют формированию группы и развитию групповых процессов. Терапевтическое значение музыки проявляется в установлении посредством музыкального переживания, музыкальных импровизаций в процессе групповой работы осознанной связи между музыкой и собственными переживаниями в реальной жизненной ситуации.

Механизмы, обуславливающие позитивные изменения в процессе групповой музыкальной терапии, связаны с действием факторов, определяющих специфический характер лечебного воздействия (удовлетворение потребностей больного путем оказания ему поддержки и помощи, эмоциональное отреагирование, научение) [3, с. 87].

Музыкотерапевтическая группа является полукрытой, контингент группы — смешанный. Групповые занятия проводятся один-два раза в неделю; в течение 1–2 часов. Структура занятия — традиционная, трехчастная. При выборе тем и техник мы исходим из задач работы, характерных для различных этапов лечебно-реабилитационного процесса, а также учитываем состояние пациента, его индивидуальные особенности, динамику групповых и психотерапевтических отношений. В индивидуальной музыкальной терапии, основной метод — музыкально-терапевтическая системная расстановка по схеме, предложенной Timmerman T. [4].

Оценка эффективности музыкотерапии представляется сегодня наиболее сложным в нашей деятельности. Её «чистый» эффект трудно выявить в силу

комплексного воздействия на больного различными видами терапии. Трудности количественного анализа связаны с необходимостью учета большого количества переменных, поэтому в настоящее время мы опираемся на самоотчеты участников группы, данные собственных наблюдений за поведением пациента в процессе музыкотерапии, наблюдений за пациентом лечащего врача, медицинского персонала; сравнительного анализа результатов предварительной и итоговой психодиагностики («Семантический дифферен-

циал времени», «Личностный дифференциал», проективный тест «Нарисуй историю» и др.). Вне зависимости от нозологического, возрастного, полового состава группы мы отмечаем повышение мотивации к взаимодействию со специалистами; развитие социального интереса, в том числе — к собственной жизни и своему состоянию, лучшее понимание своих потребностей и переживаний, улучшение эмоционального самочувствия, повышение активности и контактности больных вне группы.

Библиографический список

1. Баер У. Творческая терапия — терапия творчеством (Теория и практика психотерапии, использующей разнообразные формы творческой активности) / Пер. с нем. Е. Климовой, В. Комаровой. М.: независимая фирма «Класс», 2015. 552 с.
2. Глазева М. А., Искандеров М. Н., Пономаренко В. Н., Шувалова Т. В. Музыкальная психотерапия: использование методов в стационарных и амбулаторных условиях, в практике психотерапевтической реабилитации и психологической коррекции. Оренбург: ГБУ РЦРО, 2014. 87 с.
3. Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. М.: Медицина. 1990. 384 с.
4. Декер-Фойгт Г.-Г., Оберэгельсбахер Д., Тиммерман Т. Музыкальная терапия: учебник. Оренбург: Изд-во ГОУ ВПО «ОГИИ им. Л. и М. Ростроповичей», 2011. 384 с.
5. Реабилитация психически больных / Под ред. М. М. Кабанова, В. М. Воловика. Л., 1971. 168 с. С. 82–88.
6. Bruscia K. An introduction to music psychotherapy // In K. Bruscia (Ed.). The dynamics of music psychotherapy (pp. 1–15). Gilsum, NH: Barcelona, 1998.
7. Davies A., Richards E. Music Therapy and Group Work: Sound Company. Jessica Kingsley Publishers. 2002. 301 p.
8. Priestley M. Music therapy in action. London: Constable, 1975.

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА

Ениколопова Е. В., к. псих. н., доцент, Зинченко О. О., Медведева Т. И.,
Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова,
ФГБНУ НЦПЗ,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Анализируется способность здоровых людей и больных с локальными поражениями мозга принимать решения, основанные на механизме эмоционального научения (гипотеза соматических маркеров Дамасио). Показана связь принятия решений в ситуации неопределенности, оцениваемого с помощью Игровой задачи (IGT), с эмоциональными процессами и параметрами регуляторных функций. Получены данные о различиях в выполнении Игровой задачи в зависимости от латерализации поражения мозга.

Ключевые слова

Принятие решений, гипотеза соматических маркеров, эмоциональный интеллект, исполнительные функции, локальные поражения мозга.

DECISION-MAKING UNDER UNCERTAINTY IN PATIENTS WITH LOCAL BRAIN DAMAGE

Enikolopova E. V., PhD (Psychiatry), Associate Professor, Zinchenko O. O.,
Medvedeva T. I.,
Lomonosov Moscow State University,
Mental Health Research Centre,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article analyses the capacity of healthy subjects and patients with local brain damage for decision-making based on the mechanism of emotional learning (Damasio's somatic marker hypothesis). The connection of the decision-making in uncertainty estimated with the Iowa Gambling Task (IGT), emotional processes and executive functions parameters is demonstrated. The data on differences in the IGT performance depending upon the lateralization of the brain damage are obtained.

Key words

Decision making, Damasio's somatic marker hypothesis, emotional intelligence, executive functions, local brain damage.

Исследование нейрокогнитивных механизмов принятия решений условно можно разделить на две ветви: механизмы рационального выбора, основанного на логике и сознательном учете различных факторов, и механизмы интуитивного выбора, основанного на прошлом эмоциональном опыте, принятие решений в ситуации неопределенности при невозможности учесть все влияющие факторы и просчитать последствия. Для оценки роли эмоций в принятии решений в современных исследованиях используются методики, которые приводят к конфликту между рациональным и эмоциональным принятием решений. Широко используется Игровая задача (IGT — Iowa Gambling Task) [1–3], созданная для эмпирического подтверждения гипотезы соматического маркера А. Дамасио. Дамасио с коллегами предполагает, что репрезентации позитивных последствий принятия решений связаны с позитивными соматическими состояниями через преимущественно левостороннюю венотромедиальную кору, репрезентации негативных событий — преимущественно через правостороннюю венотромедиальную кору. По мнению авторов, исследование больных с поражением правосторонней венотромедиальной коры, демонстрирующих «миопию» на негативные последствия, подтверждает эту гипотезу.

Целью исследования являлось изучение связи нарушения принятия решений с латерализацией поражения мозга.

В исследовании принимали участие больные с поражением преимущественно лобных долей мозга (31 человек: 18 мужчин, 13 женщин). Контрольную группу составили 50 здоровых испытуемых. Использовались методики: Игровая задача (IGT), тест на эмоциональный интеллект MSCEIT, Висконсинский тест сортировки карточек (WCST), Словесно-цветовой интерференционный тест (D-KEFS Color-Word Interference Test). При оценке результатов выполнения Игровой задачи использовалась модель Expectancy-valence (EV) [4, 6]. Для статистического анализа результатов использовалась программа SPSS.

Анализ показал, что в группе мужчин выполнение Игровой задачи зависело от латерализации поражения, в то время как в группе женщин такой зависимости выявлено не было. Мужчины с правосторонними поражениями хуже выполнили Игровую задачу, на последних 20 ходах («превышение хороших выборов над плохими» составило 1,17 и 3,33 для правосторонних и левосторонних соответственно). Они отличались и по показателю «минимального счета» (989 и 1225).

Больные с правосторонними поражениями допускали больше выборов с большим выигрышем на первых 20 ходах, в то время как больные с левосторонними поражениями были более «осторожны» и предпочитали маленькие сиюминутные выигрыши («превышение хороших выборов над плохими на первых 20 ходах» — 2, и 4,67). В целом, группа мужчин с правосторонними поражениями хуже выполнила Игровую задачу, в то время, как выполнение группы с левосторонними поражениями было близко к контрольной группе. У женщин статистически значимые различия между подгруппами с правосторонними и левосторонними поражениями отсутствовали, выполнение было близко к выполнению контрольной группой.

Поскольку только в подгруппе мужчин с правосторонними поражениями было выявлено снижение выполнения Игровой задачи, для этой подгруппы были проанализированы корреляционные связи между результатами Игровой задачи и другими методиками. Для мужчин с правосторонними поражениями выявлена корреляция Игровой задачи и Теста на эмоциональный интеллект. Лучшее выполнение Игровой задачи соответствовало более высоким баллам MSCEIT: более высокие значения секции В — оценивает способность к распознаванию эмоций (корреляция с «преобладанием хороших выборов над плохими на последних 40 ходах», 810 $r = ,047$); секции Е — позволяет оценить способность улавливать общие настроения, содержащиеся в окружении — конкретных пейзажах и абстрактных формах (корреляция с выборами из «хорошей» колоды D —,658 $r = ,020$ и модельным параметром «внимание к проигрышу»). Аналогичные зависимости были выявлены и в контрольной группе.

Для мужчин с правосторонними поражениями корреляционные связи между выполнением Игровой задачи и Висконсинского теста были статистически значимо выражены. Интегральный показатель Игровой задачи — «преобладанием хороших выборов над плохими на последних 40 ходах» был связан со следующими параметрами Висконсинского теста: «количество собранных категорий» (,716** $r = ,009$), «потери категорий» (–,798 $r = ,002$). С модельным параметром «внимание к проигрышу» были связаны параметры Висконсинского теста: «общее количество ходов» (,704 $r = ,011$), «общее количество ошибок» (–,577 $r = ,049$), «процент неперсевераторных ошибок» (,712 $r = ,009$). «Бессмысленные прерывания категорий» в Висконсин-

ском тесте были связано с модельным параметром «learning» – память о прошлом по сравнению с настоящим ($632 p = ,027$). То есть бессмысленно прерывали набор категорий те, кто отличался сильной реакцией на сиюминутный стимул. В контрольной группе связи выполнения Игровой задачи и Висконсинского теста отсутствовали.

В группе мужчин с правосторонними повреждениями между выполнением Словесно-цветового интерференционного теста и Игровой задачей также выявлены корреляционные связи. Интегральный показатель Игровой задачи – «преобладанием хороших выборов над плохими на последних 40 ходах» был связан с выполнением секции «ингибирование/переключение» Словесно-цветового интерференционного теста: «ингибирование/переключение vs называние+чтение» ($727 p = ,007$), «ингибирование/переключение vs чтение» ($779 p = ,003$), «ингибирование/переключение (все ошибки)» ($-712 p = ,009$), «ингибирование/переключение (ошибок без коррекции)» ($-757 p = ,004$). У тех, кто лучше выполнял Игровую задачу был меньше эффект Струпа (выше балл в Тесте Струпа) в секции «ингибирование/переключении» и они делали меньше ошибок без коррекции.

Таким образом, значимое снижение способности принимать основанные на эмоциях решения было вы-

явлено в группе мужчин с поражением правого полушария головного мозга. Это соответствует и данным других исследований. Было показано, что активация областей мозга при выполнении Игровой задачи зависит от пола испытуемого, у мужчин больше активируется правое полушарие, у женщин – больше левое [5].

Как и у здоровых испытуемых, в группе мужчин с поражением правого полушария существует связь принятия решений в неопределенной ситуации, оцениваемого с помощью Игровой задачи (IGT), с эмоциональными процессами.

В отличие от здоровых испытуемых в группе мужчин с правосторонними поражениями связь принятия основанных на эмоциях решений и исполнительных функций была значимо выражена. Снижение способности принимать решения было связано с неспособностью удержать принцип решения в Висконсинском тесте, при этом отвлечение от решения было связано не столько с застреванием на предыдущем решении (нет зависимости от персевераторных ошибок), а скорее с импульсивным необоснованным изменением стратегии (связь с персевераторными ошибками) и отсутствием контроля результатов собственного действия в условиях интерферирующего воздействия (ошибки без коррекции).

Библиографический список

1. Медведева Т. И., Большакова С. П., Зинченко О. О., Ениколопова Е. В. Принятие основанных на эмоциях решений в ситуации неопределенности // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 43. С. 10. — <http://psystudy.ru>
2. Медведева Т. И., Ениколопова Е. В., Ениколопов С. Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор // Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 32. С. 10. — <http://psystudy.ru>
3. Bechara A., Damasio A. R., Damasio H., Anderson S. W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex // Cognition. 1994. Vol. 50. No. 1–3. P. 7–15.
4. Busemeyer J. R., Stout J. C. A contribution of cognitive decision models to clinical assessment: decomposing performance on the Bechara gambling task // Psychological assessment. 2002. Vol. 14. No. 3. P. 253–62.
5. Overman W., Graham L., Redmond A., et al. Contemplation of moral dilemmas eliminates sex differences on the Iowa gambling task // Behav Neurosci. 2006. Vol. 120. No. 4. P. 817–25.
6. Yechiam E., Busemeyer J. R., Stout J. C., Bechara A. Using cognitive models to map relations between neuropsychological disorders and human decision-making deficits // Psychol Sci. 2005. Vol. 16. No. 12. P. 973–8.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

**Жиляев А. Г., д. м. н., профессор,
заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии,
Институт психологии им. Л. С. Выготского РГГУ,
Москва Российская федерация**

Аннотация

В статье представлен литературный обзор о патогенезе, диагностике и лечении соматоформной вегетативной дисфункции.

Ключевые слова

Соматоформная вегетативная дисфункция, альфа-блокаторы, пророксан.

METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SOMATIC SYMPTOM DISORDER

**Jiliaev A. G., MD, Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy,
L. S. Vygotsky Institute for Psychology of the Russian State University for the
Humanities,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article presents a literature review on the pathogenesis, diagnosis and treatment of somatic symptom disorder.

Key words

Somatoform autonomic dysfunction, alpha-blockers, proroхан.

По данным исследований в области психиатрии почти 2,5% всех людей на планете страдают от панического расстройства. В структуре соматической и неврологической патологии вегетативные расстройства достигают 25–80% [7]. Симптомокомплекс вегетативных расстройств, которые обусловлены нарушением вегетативной регуляции внутренних органов и систем с эмоциональными, аффективными проявлениями, представляет «психовегетативный синдром» в соответствии с МКБ-10 «Соматоформная вегетативная дисфункция» (СВД).

По этиологическому фактору различают 3 вида вегетативной дисфункции.

1. Соматоформная вегетативная дистония, обусловлена стрессовыми или невротическими расстройствами. Симпато-адреналовый криз — одно из проявлений панического расстройства. Повторяющиеся панические атаки существенно осложняют жизнь человеку, испытывающему подобные состояния.
2. Вегетативная дисфункция формируется вследствие поражения подкорковых структур — при родовой травме, после перенесенного сотрясения головного мозга, при резидуальной патологии центральной нервной системы.
3. Вегетативная дисфункция связана с постоянным раздражением периферических вегетативных центров [3, 5, 6, 9, 14, 18].

Основную роль в патогенезе СВД играет нарушение вегетативной регуляции и развитие вегетативного дисбаланса. В соответствии с наиболее распространенной концепцией Н. Selbach повышение тонуса одной системы влечет за собой возрастание тонуса другой, усиливая чувствительность нейронов гипоталамуса и ретикулярной формации среднего мозга к медиаторам (норадреналину, нейропептидам) [7, 16]. Такая динамика выявлялась после эмоционального стресса, при хроническом болевом воздействии, гипокинезии [16]. В результате в структурах мозга создается мозаичная картина чувствительности и реактивности нейронов, развивается вегетативный дисбаланс, нарушается адекватное вегетативное обеспечение жизнедеятельности [3, 13]. Установлено, что

на стресс, под воздействием импульсации, поступающей из лимбической системы, в гипоталамусе выделяются норадреналин и другие нейротрансмиттеры [3, 16, 20, 21].

Выделение нейротрансмиттеров сопровождается активацией симпатoadреналовой системы и изменением функционирования внутренних органов [13, 15, 20, 21]. Выше описанные патологические факторы создают в лимбической системе, гипоталамусе, ретикулярной формации предрасположенность к высокой чувствительности и реактивности нейронов на действие нейротрансмиттеров. Поэтому, даже подпороговые стрессовые стимулы могут вызвать чрезмерную активацию вегетативных нейронов гипоталамуса и эмоциогенных структур лимбической системы, что ведет к развитию вегетативных кризов. В результате поддерживается очаг возбуждения, возникает застойная циркуляция импульсов в этих структурах мозга и стрессовый стимул, даже незначительной силы, вызывает их активацию и развитие криза симпатической, парасимпатической или смешанной природы [2, 3, 7, 13, 15, 16, 20].

Лечение СВД включает назначение широкого спектра средств — анксиолитиков, антидепрессантов, нейролептиков, адреноблокаторов.

Бензодиазепиновые транквилизаторы потенцируют действие ГАМК: уменьшают возбудимость лимбической системы, гипоталамуса, ограничивают иррадиацию импульсов из очага «застойного» возбуждения и уменьшают их «застойную» циркуляцию [13, 17, 20]. Они обладают противотревожным, успокаивающим действием, помогают справиться с навязчивыми мыслями, страхами, повышенной мнительностью. Рекомендованы курсы до 1,5 недель. Достаточно частым нежелательным эффектом многих транквилизаторов является «поведенческая токсичность». Общим фактором, снижающим терапевтическую применимость бензодиазепиновых производных, является формирование зависимости при длительном их применении.

Антидепрессанты устраняют сниженное настроение, эмоциональную заторможенность, способствуют повышению работоспособности, оказывают выраженный тимолептический эффект, имеют достаточно узкий круг терапевтически значимых взаимодействий с со-

матотропными средствами, возможно их назначение в фиксированных суточных дозах [1, 12, 20]. Но такой благоприятный эффект сопровождается и значительными побочными реакциями серотонинергического и адренергического характера.

Нейролептики эффективно влияют на синаптическую передачу и тормозят высвобождение возбуждающих медиаторов, оказывают дополнительное постсинаптическое М- и Н-холинолитическое действие [1], используются при неэффективности транквилизаторов, при выраженной тревоге, сочетающейся с возбуждением. При применении препаратов этой группы возможно возникновение фармакологической зависимости.

Бета-блокаторы назначают для лечения вегетативных симптомов: повышенная потливость, учащенное сердцебиение, дрожь.

Препараты, стабилизирующие настроение, назначают при хроническом течении заболевания, наличии у пациентов выраженных перепадов настроения, при нарушениях вегетативной регуляции.

При СВД симпатoadреналового характера показано назначение альфа-адреноблокатора

Пророксан (пирроксан) с центральным и периферическим адреноблокирующим действием [4, 8, 10, 11]. Пророксан проникает через гемато-энцефалический барьер в диэнцефальной зоне и подавляет эффекты, связанные с чрезмерным возбуждением заднего гипоталамуса [4, 15]. Он снижает общий симпатический тонус, обладает выраженным седативным и антитревожным действием, нормализует терморегуляцию и обмен катехоламинов [8, 11]. При его применении отмечается улучшение самочувствия, нормализация показателей вызванных кожных вегетативных потенциалов и гемодинамики, снижается частота обострений вегетативных расстройств.

Учитывая полисимптоматичность СВД, в зависимости от клинических проявлений, целесообразно использование всего спектра существующих препаратов и широкого круга профилактических мероприятий, требующих участия психиатра и психотерапевта.

Библиографический список

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988. 528 с.
2. Батуев А. С. Гипоталамический доминантный очаг // Журн. высш. нервн. деятельности. 1993. Т. 43. № 4. С. 778–784.
3. Вейн А. М. Вегетативные и нейроэндокринные расстройства // Болезни нервной системы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. Т. 2. С. 426–455.
4. Громов С. А. Лечение препаратом пирроксан больных с гипоталамическими пароксизмами // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического ин-та, 1977. Т. 81. С. 31
5. Дюкова Г. М., Ашева Х. К. Вегетососудистые пароксизмы (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1989. Т. 89, № 10. С. 130–137.
6. Дюкова Г. М., Шепелева И. П., Воробьева О. В. Лечение вегетативных кризов (панических атак) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1991. Т. 91, № 5. С. 3–5.
7. Заболевания вегетативной нервной системы: Руководство для врачей. // Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицина, 1991. 624 с.
8. Крылов С. С., Старых Н. Т. Фармакологическая характеристика пирроксана // Фармакология и токсикология. 1974. Т. 36. № 4. С. 396.
9. Матяш М. Н. Комплексное лечение вегетативно-сосудистых расстройств при неврозах // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Киев, 1992. 20 с.
10. Машковский М. Д. Лекарственные средства. Ч. 1. М.: Медицина, 1993. 336 с.
11. Мащенко В. Т. Терапевтическая эффективность пирроксана в зависимости от форм вегетативных пароксизмов // Тр. Ленингр. сан.-гиг. ин-та. 1977. Т. 118. С. 34–38.
12. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб: Мед. информ. агентство, 1995. 568 с.
13. Одинак М. М., Семин Г. Ф., Иванов Ю. С., Котельников С. А. Оценка функционального состояния структур вегетативной нервной системы методом вызванных потенциалов // Актуальные вопр. клиники, диагностики и лечения. СПб, 1995. С. 542–543.
14. Симонов П. В. О нервных центрах эмоций // Журн. высш. нервн. деятельности. 1993. Т. 43. № 3. С. 514–529.
15. Судаков К. В. Механизмы застойных изменений химических свойств структур мозга при эмоциональном стрессе (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1992. Т. 92, № 5/12. С. 102–107.
16. Feldman S. et al. Limbic pathway and hypothalamic neurotransmitters mediating adrenocortical responses to neural stimuli // Neurosci Biobehav. Rev. 1995. Vol. 19. No. 2. P. 235–240.
17. Herman J. P., Adams D., Prewitt C. Regulatory changes in neuroendocrine stress-integrative circuitry produced by variable stress paradigm // Neuroendocrinology. 1995. Vol. 61. No. 2. P. 180–190.
18. Loewy A. D. Central autonomic pathways // Central regulation of autonomic function / Eds. Loewy A. D., Spyer K. M.—New York: Oxford University Press, 1990. P. 88–103.
19. McLeod J. G. Autonomic, sexual and sphincter disorders—syncope // Drug Therapy in Neurology / Ed. M. J. Eadie. Edinburgh etc.: Churchill Livingstone, 1992. P. 227–247.
20. Pacak K. et al. Stress-induced norepinephrine release in the hypothalamic paraventricular nucleus and pituitary-adrenocortical and sympathoadrenal activity: In vivo microdialysis studies // Front. Neuroendocrinol. 1995. Vol. 16. No. 2. P. 89–150.
21. Shibasaki T. et al. The response pattern of noradrenaline release to repeated stress in the hypothalamic paraventricular nucleus differs according to the form of stress in rats // Brain Res. 1995. Vol. 670. No. 1. P. 169–172.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Золотарева А. А., к. псих. н.,
Национальный исследовательский Московский
государственный строительный университет,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье приводятся психометрические показатели двух методик, русскоязычной версии Краткого дифференциального теста перфекционизма (КДТП) и его англоязычной адаптации. КДТП содержит 14 тестовых пунктов, диагностирующих две шкалы: «нормальный перфекционизм» (установление высоких, но находящихся в пределах досягаемости стандартов) и «патологический перфекционизм» (установление недостижимых и неразумных стандартов). Обе версии методики продемонстрировали хорошие психометрические возможности.

Ключевые слова

Краткий дифференциальный тест перфекционизма (КДТП), перфекционизм, нормальный перфекционизм, патологический перфекционизм.

EXPRESS-DIAGNOSTICS OF PERFECTIONISM

Zolotareva A. A., PhD (Psychology),
National Research Moscow State University of Civil Engineering,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The study provides psychometric data for two methods, i. e. the Russian version of the Brief Differential Perfectionism Inventory (BDPI) and its English adaptation. The BDPI consists of 14 items grouped into two scales: "Normal Perfectionism" (setting standards that are high, but within reach) and "Pathological Perfectionism" (setting standards beyond reach and reason). Both measures demonstrated good psychometric properties.

Key words

Brief Differential Perfectionism Inventory (BDPI), perfectionism, normal perfectionism, pathological perfectionism.

Традиционно перфекционизм является предметом массового научного интереса. Одни авторы подчеркивают связи перфекционизма с негативными последствиями и серьезными формами психопатологии, включая чувства неудачи, вины, стыда, психическое нездоровье и т. д. [7], другие настаивают на существовании позитивных эффектов перфекционизма, таких как удовлетворенность семейными отношениями, учебной, самой собой и в целом своей жизнью [9].

Одной из наиболее распространенных методик измерения перфекционизма в российской науке является Дифференциальный тест перфекционизма (ДТП). Этот тест представляет собой оригинальный русскоязычный инструмент, обладающий хорошими психометрическими свойствами [2]. Целью настоящего исследования выступает разработка краткой версии ДТП (КДТП) и его англоязычная адаптация. Предполагается, что оба этих теста станут адекватными инструментами для экспресс-диагностики перфекционизма в русско- и англоязычных популяциях.

Методика

Участники исследования. В исследовании приняли участие две группы респондентов. Первую группу

представили 164 русскоязычных студента ($M = 20,98$, $\delta = 2,21$), среди них 126 женщин и 38 мужчин. Во вторую группу вошли 153 малазийских студента ($M = 19,86$, $\delta = 1,22$), в том числе 94 женщины и 59 мужчин. Все участники исследования были студентами Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Кроме того, 57 русскоязычных и 50 малазийских респондентов заполнили КДТП повторно спустя месяц после первого тестирования.

Методики. Многомерная шкала перфекционизма П. Хьюитта содержит 45 пунктов, сгруппированных в три шкалы: перфекционизм, ориентированный на себя, перфекционизм, ориентированный на других и социально предписываемый перфекционизм [7]. Шкала прошла адаптацию на русскоязычной популяции [1].

Многомерная шкала перфекционизма Р. Фроста состоит из 35 пунктов, диагностирующих шесть параметров: обеспокоенность ошибками, личные стандарты, родительские ожидания, родительская критика, сомнения в действиях и организованность [6]. Адаптированная на русский язык версия шкалы показала хорошие психометрические свойства [3].

Таблица 1. Корреляционные связи между шкалами КДТП и других методик измерения перфекционизма

Шкалы	Русскоязычная версия ($n = 164$)		Англоязычная версия ($n = 153$)	
	Шкала НП	Шкала ПП	Шкала НП	Шкала ПП
Многомерная шкала перфекционизма П. Хьюитта				
Перфекционизм, ориентированный на себя	0,45***	0,23**	0,31***	0,18*
Перфекционизм, ориентированный на других	-0,05	0,15	-0,02	0,18*
Социально предписываемый перфекционизм	-0,09	0,41***	0,04	0,39***
Многомерная шкала перфекционизма Р. Фроста				
Обеспокоенность ошибками	-0,05	0,26***	-0,07	0,46***
Личные стандарты	0,01	0,30***	0,18*	0,28***
Родительские ожидания	0,24**	0,07	0,19*	0,29***
Родительская критика	0,09	0,31***	-0,19*	0,24**
Сомнения в действиях	-0,05	0,36***	0,09	0,13
Организованность	0,44***	-0,04	0,44***	-0,01

Примечание. * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p \leq 0,001$.

Процедура исследования. Участники заполняли анкету в учебных классах. Все респонденты получили обратную связь по результатам тестирования.

Результаты и обсуждение

Пересмотр тестовых пунктов ДТП. Первым шагом в создании русскоязычной версии КДТП стал отбор «лучших» пунктов ДТП. Пункт подлежал отбору, если его коэффициент корреляции с соответствующей шкалой превышал отметку 0,4. В результате применения этого критерия КДТП был сформирован из 14 пунктов. Перевод КДТП на английский язык был осуществлен с помощью процедуры обратного перевода.

Факторная валидность КДТП. Эксплораторный факторный анализ (методом главных компонент), проведенный на русскоязычных респондентах, обнаружил двухфакторное решение, объясняющее в сумме 59,3% дисперсии (значение критерия Кайзера-Мейера-Олкина составило 0,672). В каждый фактор вошло по 7 пунктов, соответствующих НП (нормальный перфекционизм) и ПП (патологический перфекционизм) шкалам теста. В группе малазийских студентов было обнаружено идентичное двухфакторное решение, объясняющее в сумме 54,7% общей дисперсии (значение критерия Кайзера-Мейера-Олкина составило 0,682). В факторы НП и ПП вошли тестовые пункты с факторными нагрузками от 0,41 до 0,75 для русскоязычной версии КДТП, а также от 0,39 до 0,71 для англоязычной версии теста.

По результатам подтверждающего факторного анализа обе методики продемонстрировали хорошее соответствие данным. Все показатели и русскоязычной версии КДТП ($\chi^2 = 129,969$, $df = 76$, $p \leq 0,001$; CFI = 0,977; SRMR = 0,082; RMSEA = 0,044), и его англоязычной адаптации ($\chi^2 = 133,249$, $df = 71$, $p \leq 0,001$; CFI = 0,971; SRMR = 0,091; RMSEA = 0,048) соответствуют установленным нормам.

Надежность. Коэффициенты корреляции r Спирмена, рассчитанные для оценки ретестовой надежности, составили $r = 0,79/0,76$ для НП шкалы, а также $r = 0,81/0,74$ для ПП шкалы русско- и англоязычных версий КДТП, соответственно (все коэффициенты значимы на уровне $p \leq 0,001$). Внутренняя согласованность, подсчитанная с помощью коэффици-

ента α Cronbach, для НП шкалы составила 0,72/0,76, а для ПП шкалы – 0,73/0,71.

Конвергентная валидность. В прежних исследованиях было показано существование двух форм перфекционизма: «неадаптивной обеспокоенности оценками» (социально предписываемый перфекционизм, обеспокоенность ошибками, родительские ожидания и критика, сомнения в действиях) и «позитивного стремления к достижениям» (перфекционизм, ориентированный на себя, перфекционизм, ориентированный на других, личные стандарты и организованность) [5]. Предполагалось, что в настоящем исследовании будут обнаружены схожие результаты. В табл. 1 представлены коэффициенты корреляции r Спирмена между КДТП и другими шкалами.

Шкала НП в обеих методиках показала значимые связи с позитивными параметрами перфекционизма, в то время как шкала ПП продемонстрировала корреляции с его негативными проявлениями. Неожиданными оказались связи между шкалой НП и родительскими ожиданиями, равно как и связи между шкалой ПП, перфекционизмом, ориентированным на себя, и личными стандартами. Однако эти данные не опровергают конвергентную валидность методик. В немногочисленных литературных источниках есть упоминания о том, что высокие родительские стандарты связаны с адаптивным стремлением их детей к совершенству, которое, в свою очередь, приводит к овладению мастерством в том или ином деле [8]. Некоторые исследования также указали на тот факт, что перфекционизм, ориентированный на себя, является исключительным фактором уязвимости перед лицом психопатологии [4].

Заключение

В целом, настоящее исследование открыло психометрические возможности КДТП. Шкала, разработанная на русскоязычных респондентах, с успехом может быть использована в исследованиях на англоязычной популяции. Русско- и англоязычная версии КДТП являются краткими, психометрически надежными и валидными методиками для оценки перфекционизма. Остается надеяться, что КДТП станет перспективным средством для экспресс-диагностики перфекционизма в кросс-культурных исследованиях.

Библиографический список

1. Грачева И. И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. 2006. Т. 27, № 6. С. 73–89.
2. Золотарева А. А. Дифференциальная диагностика перфекционизма // Психологический журнал. — 2013. — Т. 34, № 2. — С. 117–128.
3. Ясная В. А., Ениколопов С. Н. Апробация шкал измерения перфекционизма на российской выборке // Психологическая диагностика. 2009. № 1. С. 101–120.
4. Benson, E. The many faces of perfectionism // Monitor on Psychology. 2003. Vol. 34(1). P. 18.
5. Frost R. O., Heimberg R. G., Holt C. S., Mattia J. I., Neubauer A. L. A comparison of two measures of perfectionism // Personality and Individual Differences. 1993. Vol. 14. P. 119–126.
6. Frost R. O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R. The dimensions of perfectionism // Cognitive Therapy and Research. 1990. Vol. 14. P. 449–468.
7. Hewitt P. L., Flett G. L. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology // Journal of Personality and Social Psychology. 1991. Vol. 60. P. 456–470.
8. Madjar N., Voltsis M., Weinstock M. P. The roles of perceived parental expectation and criticism in adolescents' multidimensional perfectionism and achievement goals // Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology. 2015. Vol. 35(6). P. 765–778.
9. Stoeber J., Otto K. Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges // Personality and Social Psychology Review. 2006. Vol. 10. P. 295–319.

ОНТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ

Калишевич С. Ю., д. м. н., профессор,
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И. И. Мечникова», кафедра психиатрии-наркологии,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена описанию сущностных механизмов искажений поведения и психических расстройств в современном цивилизационном контексте. Представлены биологические, социальные и духовные закономерности формирования поведения человека. С позиций гипотезы А. И. Солженицына о секулярном антропоцентризме обсуждается парадоксальное противостояние двух тенденций: материальные условия жизни человека стремительно улучшаются, а уровень его душевного комфорта так же стремительно падает.

THE ONTOLOGY OF MENTAL DISORDERS AND BEHAVIORAL DEVIATIONS

Kalishevich S. Yu., MD, Professor,
State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education
“Northwestern State Medical University n. a. I. I. Mechnikov”,
Department of Psychiatry and Narcology,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article describes the essential mechanisms of behavior distortion and mental disorders in a modern civilized context. Biological, social and spiritual formation regularities of human behavior are presented in the article. Paradoxical confrontation of the two trends is discussed from the standpoint of the hypothesis by A. I. Solzhenitsyn of the secular anthropocentrism: the material conditions of human life are rapidly improving, while the level of a person's inner peace is as rapidly declining.

Социологические опросы в любых возрастных аудиториях, посвященные анализу одного единственного вопроса анкеты: «Как Вам кажется, уровень внутреннего напряжения современных людей с точки зрения тенденций растет или снижается?», однозначно

свидетельствует об отрицательной динамике. Многочисленные социальные, психологические, социально-психологические, клинические исследования последних лет однозначно свидетельствуют о нарастании напряжения в недрах человеческого сознания. Эти

данные можно легко объективизировать, если выстроить математическую модель интегративной оценки статистических показателей динамики заболеваемости психосоматической патологией (инфаркты, инсульты), количества тревожно-депрессивных состояний, панических реакций, неврозов, суицидных попыток (завершенных и незавершенных), случаев немотивированной агрессии, аддиктивных состояний. Полученная кривая будет иметь вид экспоненты, и указывать на резкое обострение ситуации, начиная со второй половины прошлого века. Процесс приобретает глобальный характер, подчеркивая удивительный парадокс в развитии цивилизации: **материальные условия жизни человека стремительно улучшаются, а уровень его душевного комфорта так же стремительно падает, нарастает тревога и внутреннее напряжение.** Чтобы правильно оценить причины происходящего, мы предлагаем оттолкнуться от понимания механизмов поведения человека, ведь именно поведение индивидов (правильное или искаженное) приводит к совокупному цивилизационному результату (правильному или искаженному).

Рациональное изложение основ деятельности центральной нервной системы человека с позиции формирования поведения требует преодоления известной в философии медицины (биологии) проблемы **редукционизма**. Для решения этой проблемы мы традиционно используем уровневый подход (рис. 1), позволяющий представить организм человека как единую **биопсихосоциодуховную** сущность. Многоуровневость и полимодальность имманентно присущи самой природе поведенческих отклонений. Так, например, механизмы зависимости очевидно индуцируются биологическими стимулами (никотин, алкоголь, токсиканты, наркотики) на молекулярно-клеточном и нейрохимическом уровнях, но, при этом, они непременно включают в патогенетический процесс соответствующие психосоциальные сдвиги. Эти сдвиги, будучи тесно связаны с биологической основой, тем не менее, испытывают собственную динамику и не только являются следствием функциональных изменений на нейрохимическом и молекулярно-клеточном уровнях, но могут и, в свою очередь, активно воздействовать на процессы, исходно присущие именно этим уровням.



Рис. 1. Четыре уровня функционирования организма человека (схема)

Следует учитывать, что выделение уровней функционирования в данном контексте носит условный характер и используется как дидактический прием, позволяющий упростить и адаптировать сложные знания из области нейрофизиологии для непосвящен-

ных. Приблизительно 1 трлн нейронов обеспечивает способность ЦНС к поддержанию гомеостатического равновесия внутри- и вне организменных процессов, что является неперенным условием выживания в постоянно меняющихся условиях внешней среды (молекулярно-клеточный уровень — мембранные и внутринейрональные процессы). Информационный обмен, своеобразный «разговор» между нервными клетками осуществляется с помощью нервных импульсов — электрических сигналов, перемещающихся по отросткам от тела нервных клеток до терминальной (конечной) части отростка. Терминальные части отростков соседних нейронов почти соприкасаются между собой, образуя зоны межнейрональных контактов — **синапсы**. Все одинаковые (по типу медиатора) синапсы объединяются в специализированные информационные системы. Именно эти информационные кластеры — совокупности однородных синапсов называются нейромедиаторными системами (нейрохимический уровень — межнейрональные связи, синаптическая передача). В основе процесса формирования поведения лежит сочетанная активность двух компонентов важнейшей нейрофизиологической системы — **системы положительного и отрицательного подкрепления**. Она обеспечивает соответствующую эмоциональную реакцию в ответ на любое состоявшееся поведение, решая при этом две важные функциональные задачи: оценку состоявшегося поведения (1) и формирование мотивации предстоящего поведения (2). Если совершенное индивидом поведение является удачным (с биологической точки зрения), в ответ на него активируется позитивное подкрепление (награда — позитивно окрашенный эмоциональный сдвиг), а неправильное поведение активирует негативное подкрепление (наказание — негативно окрашенный эмоциональный сдвиг). Социально-психологический или личностный уровень интегрирует в себе такие понятия как темперамент, характер, интеллект, механизмы психологической защиты, копинг — стратегии, мировоззрение, ценностно-смысловая организация, нравственное чувство, и многое другое в том внутреннем «нечто» («личности»), что отражает процесс и в то же время является результатом взаимодействия индивида и социума на всем протяжении жизни. Нет сомнений, что каждый из перечисленных компонентов (и характер, и темперамент, и интеллект, и мировоззренческие установки, и все остальные составляющие личностного уровня) оказывает существенное влияние на поступки (поведение) человека. Однако, со всех точек зрения (в том числе, с точки зрения практической педагогики) важно, какой именно компонент является определяющим при окончательной оценке поведения, и, в конце концов, делает человека человеком. В роли этого компонента представляется уместным рассматривать **нравственное чувство**, которое присуще (в разных степенях совершенства) каждому человеку и отсутствует у животных. Ведь именно нравственное чувство заставляет человека совершать поступки, выходящие за рамки простой биологической выгоды (жертвенное поведение, насилие над собой ради высоких целей и т. п.),

иногда ведущие к физическим страданиям или смерти. Именно нравственное чувство является **инструментом различения добра и зла**, т. е. основным ориентиром в выборе сначала плохих или хороших представлений, убеждений, взглядов (того, что мы называем мировоззрением), а затем — в выборе плохих или хороших поступков, которые являются прямым или косвенным следствием мировоззренческих установок. Именно нравственное чувство в каждой личности служит базой для построения иерархической структуры ценностей с одной стороны, а с другой — является продуктом ценностно-смысловой ориентации индивида. Именно нравственное чувство в **конечном итоге санкционирует** (одобряет или не одобряет, разрешает или запрещает) любой поступок человека (совершенный или предстоящий, навязанный или добровольно и осознанно избранный). Известнейший немецкий мыслитель Эммануил Кант, которого специалисты в сфере философских наук до сих пор называют «титаном философской мысли всех времен», в своих трудах доказывает существование **уникального нравственного закона** в недрах каждой человеческой личности. В полном соответствии с этим законом, главным инструментом которого Кант назвал категорический нравственный императив (совесть), выстраивается поведенческая перспектива человека. Наиболее тщательный анализ совестного феномена можно обнаружить в трудах известного русского философа Ивана Ильина (6). Оказывается, нравственное чувство (совесть) человека, инструмент, который дает возможность человеку осуществлять правильный поведенческий выбор (оптимальный с точки зрения перспективы личного счастья) в каждой жизненной ситуации, можно привести в состояние полного искажения. Испорчен-

ный инструмент в данном случае будет подсказывать ложные поведенческие решения, которые с точки зрения личной перспективы человека приводят его к отсутствию счастья, т. е. к **несчастью**. Ильин указывает два основных способа искажения совести: 1) **вытеснение совестного акта**, доходящие до полного ожесточения души — бессовестности (достигается совершением безнравственных и противонравственных поступков — прим. авт.); 2) **снижение совестного акта** в процессе приспособляющихся компромиссов. В качестве причин нравственной деградации большинства представителей современной цивилизации наш знаменитый современник Александр Солженицын указывает перерождение гуманизма в **секулярный антропоцентризм**. «Веков пять назад Гуманизм увлекся заманчивым замыслом: перенять у христианства его светлые идеи, его добро, сочувствие к угнетенным и обездоленным, его признание свободы воли каждого человека — но при этом как-нибудь обойтись без Творца Мироздания. После этого рационалистический Гуманизм, то есть упорный секулярный антропоцентризм, — должен был войти в неизбежный для себя кризис» — говорит Солженицын. Он подчеркивает глобальное для цивилизации событие — это крушение в XX веке основ гуманистической философии. Мировые последствия этого крушения и сейчас еще проявились не полностью. В контексте нашей статьи наиболее значимым негативным следствием секулярного антропоцентризма является **нравственный релятивизм**, который обеспечивает режим наибольшего благоприятствования процессу снижения совестного акта, т. е. нравственной деградации, а значит, лишает человека правильного поведенческого выбора.

Библиографический список

1. *Евсеев С. П., Калишевич С. Ю.* Новые дидактические модели в сфере профилактики зависимого поведения средствами физической культуры, спорта и АФК. Адаптивная физическая культура. 2009. № 4. С. 24–26.
2. *Ильин И. А.* Путь духовного обновления. Работы разных лет. СПб.: Издательство «Библиополис». 2005. 448 с.
3. *Кант И.* Критика практического разума / Пер. с нем. М., 1912.
4. *Нижников С. А.* Социально-политические взгляды А. И. Солженицына // Философские науки. 2014. № 2. С. 63–74.

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Катан Е. А., к. м. н., доцент кафедры психиатрии и наркологии,
Оренбургский государственный медицинский университет,
Российская Федерация, Оренбург

Аннотация

Проведено исследование особенностей смысложизненных и ценностных ориентаций личности больных шизотипическим расстройством и больных шизофренией после первого психотического эпизода. Изучены 40 больных шизотипическим расстройством, 80 больных шизофренией после первого психотического эпизода. Отмечаются изменения смысложизненного функционирования личности: количественные (снижение); и качественные (искажение), что свидетельствует о разных адаптационно-компенсаторных ресурсах личности.

Ключевые слова

Шизофрения после первого психотического эпизода, шизотипическое расстройство, смысложизненные ориентации, адаптационно-компенсаторные ресурсы.

A CASE STUDY OF LIFE-PURPOSE ORIENTATIONS IN PERSONALITIES OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER AND SCHISOPHRENES AFTER THEIR FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Katan E. A., PhD (Medicine), Associate Professor,
Department of Psychiatry and Narcology, Orenburg State Medical University
Orenburg, Russian Federation

Abstract

Researching of particulars of life-purpose orientations of person patients schizotypal disorder and schisophrenes after their first psychotic episode. It was researched 40 schizotypal disorder patients, 80 schisophrenes after first psychotic episode. During researching of life-purpose function of schisophrenes after first psychotic episode and patients of schizotypal disorders its changes are marked: quantitative (decrease); qualitative (distortion), which is evidence of different adaptive-compensatory recourses of person.

Key words

Schisophrenes after first psychotic episode, schizotypal disorder, life-purpose orientations, adaptative-compensatory resources.

Цель: изучение особенностей смысложизненных и ценностных ориентаций личности больных шизотипическим расстройством и больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод.

Материалы и методы исследования: обследовано 120 больных на начальном этапе непрерывнотекущей шизофрении, не имеющих расстройств психотической выраженности. 80 пациентов перенесли однократный психотический эпизод и находились в терапевтической ремиссии, их состояние соответствовало диагностическим критериям рубрик МКБ-10 — параноидная шизофрения (F 20). У 40 больных клинические проявления болезни не превышали уровень пограничных расстройств, что отвечало диагностическим критериям рубрики (F 21) шизотипическое расстройство. Использованы методы исследования: психопатологический; клинико-психометрический (шкала глобальной оценки функционирования больных GAF, адаптированная SCI-PANSS, тест СЖО в адаптации Д. А. Леонтьева, С. С. Бубновой «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности»).

Результаты. Интенсивность проявлений болезни была оценена по шкале PANSS, что позволило создать профиль расстройств, наиболее влияющих на самочувствие: для больных, перенесших первый психотический эпизод: N1 Приглушенный аффект, N2 Эмоциональная отгороженность, N3 Трудности в общении, N4 Пассивно-апатическая социальная отстраненность, N5 Нарушения абстрактного мышления, N6 нарушения спонтанности и плавности речи, N7 стереотипное мышление P2 Концептуальная дезорганизация (4,3), P1 Бред (3,8), P6 Подозрительность (3,8), G3 Чувство вины (4,7), G6 Депрессия (4,25), G12 Снижение критики к состоянию (4,3), G13 Рас-

стройства воли (4,18), G16 Активная социальная отстраненность (4,31), для страдающих шизотипическим расстройством: N3 Трудности в общении (3,8), G15 Загруженность психическими переживаниями (3,5), G1 Соматическая озабоченность (ипохондрия) (3,3), G4 Напряженность (3,2), G8 Малоконтактность (3), G13 Расстройства воли (3,1). Общими для групп явились признаки N3 Трудности в общении и G13 Расстройства воли.

Особенности смысложизненных ориентаций. При анализе показателей шкалы «Цели в жизни», у больных шизофренией выявлены сниженные по сравнению с нормой данные (13,37 балла), что позволяет судить об отсутствии у наблюдаемых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и перспективу. У больных с пограничной формой заболевания значение этого показателя оказалось равным средней норме и составило 32,9 балла. Их планы не устремлены в далекое будущее, касаются работы, семьи, учебы, детей.

Показатели по шкале «Процесс жизни» у больных первой группы (12,6 баллов против 31,1 балла средней нормы) свидетельствует об утрате интереса и эмоциональной насыщенности жизни. Снижение чувственной наполненности в жизни отмечается в группе больных шизотипическим расстройством (26,3 балла).

Данные по шкале «Результативность жизни» (9,65 и 12,4 баллов в группах соответственно) отражают неудовлетворенность самореализацией и прожитой частью жизни и на отсутствие намерения что-то изменить в будущем у всех исследованных больных.

Выраженность показателей по шкале «Локус контроля -Я» в группе больных шизофренией, перенесших психотический эпизод составила 9,05 баллов.

(при норме 21,1 балл). Больные отмечали свое слабование, слабохарактерность, не способность контролировать свой выбор, предпочтение плыть по течению жизни. Во второй группе показатель равен 21,9 баллов, что связано с убежденностью больных в том, что с обстоятельствами жизни в принципе можно справиться и что планы можно реализовать.

Показатели шкалы «Локус контроля — жизнь» распределились следующим образом: 12,63 балла в группе больных шизофренией (характерно формальное понимание того, что человеку дано контролировать свою жизнь) и 30,2 балла в группе шизотипических расстройств (при средней норме 30,14 баллов), и определяется их убежденностью, в том, что они являются хозяевами своей жизни.

Общий показатель СЖО у больных шизофрении составил 43,9 балла, в группе больных шизотипическим расстройством — 103,2 балла, при норме 103,1.

Выявлено три варианта влияния ценностных ориентаций на поведение больных.

1. Наиболее значимые, определяющие поведение. Для больных, перенесших первый психотический эпизод — общение; у больных доманифестными формами шизофрении явились ценности — здоровье, признание и уважение людей и влияние на окружающих, высокое материальное благосостояние, помощь и милосердие к другим людям, социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе, общение.
2. Значимые, не влияющие на поведение. Для больных параноидной шизофренией: здоровье, любовь; для больных шизотипическим расстройством: любовь, высокий социальный статус и управление людьми, поиск и наслаждение прекрасным, познание нового в мире, природе, человеке, приятное времяпрепровождение, отдых.

3. Малозначимые, не влияющие на поведение, выявлены только у больных перенесших манифестацию психоза: помощь и милосердие к другим людям, познание нового в мире, природе, человеке, высокое материальное благосостояние.

У больных, перенесших первый психотический эпизод, когнитивные и эмоциональные расстройства нивелируют влияние на поведение таких ценностей, как помощь и милосердие к другим, поиск и наслаждение прекрасным, о чем свидетельствует прогрессирующая холодность, отчужденность от окружающих, сниженное профессиональное функционирование и сниженное «эстетическое чувство». Наличие активной социальной отстраненности делает невозможным для больных участие в каких-либо видах социального взаимодействия. Наличие депрессии, чувства вины, напряженности, отсутствие критики к состоянию вызывает противоречивое отношение к таким ценностям как отдых, любовь, здоровье. Значимость общения определяется субъективным чувством утраты контроля над собственной жизнью (нарушения воли), потребностью помощи от окружающих.

Слабая и сомнительная выраженность психопатологических проявлений болезни у больных шизотипическим расстройством сохраняют значимость изученных ценностей, но поглощенность внутренними переживаниями, жалобы на физическое здоровье, явные физические проявления напряженности, активный отказ от сотрудничества, нарушения способности добиваться поставленной цели, некоммуникабельность определяют невозможность реализации поведения, направленного на сложное социальное межличностное взаимодействие. Наиболее значимыми и реализуемыми являются ценности бытового уровня, микро-социального окружения, здоровья.

Библиографический список

1. Ануфриев А. К., Либерман Б. И., Остроглазов В. Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний М., 1990. 203 с.
2. Ковалев А. Г. Психология личности. М.: Просвещение, 1986.
3. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991.
4. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М.: МЕДпресс-информ, 2009.
5. Старовойтенко Е. Б. Психология личности в парадигме жизненных отношений. М.: Академический Проект; Трикста, 2004. 256 с.
6. Шаталов А. Т. Философия здоровья. М., 2001. 286 с.
7. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция негативных и позитивных расстройств. М., 2001. 238 с.
8. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. СПб.: Питер, 2004. 384 с.
9. Handset P., Parnas J. Clinical characteristics of first-admitted patients with ICD-10 schizotypal disorder / Handset P., Parnas J. Eds. // Br J Psychiat, 2005. 187: 49–54. 103.
10. Hurst M. W. Life changes and psychiatric symptom development // Stress and Mental Disorders / Ed. J. E. Barrett, R. M. Rose, L. Kleerman. New York: Raven Press. 1979. P. 17–36.
11. Wang Y., Chan R. C., Xin Yu et al. Prospective memory deficits in subjects with schizophrenia spectrum disorders: A comparison study with schizophrenic subjects, psychometrically defined schizotypal subjects, and healthy controls // Schizophr Res. 2008. No. 106(1). P. 70–80.

ПРОТИВОРЕЧИЯ В СОВРЕМЕННОМ ПОНИМАНИИ КОМОРБИДНОСТИ В ПСИХИАТРИИ

**Краснов В. Н., д. м. н., профессор,
Московский НИИ психиатрии — филиал ФМИЦПН им. В. П. Сербского
Минздрава России,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Оригинальная концепция коморбидности (A. R. Feinstein, 1970) чрезвычайно расширилась и исказилась. Исследования чаще всего устанавливают «коморбидность» депрессии и тревоги, вместо поиска общей патологической сущности обоих расстройств. «Сочетание» депрессивных и тревожных признаков, действительно, очень частое в клинической практике, было бы более приемлемой концепцией. Еще более странным представляется обсуждение коморбидности обсессивно-компульсивных расстройств и шизофрении: вопрос состоит в том, что является первичным заболеванием в такой комбинации. Шизофрения или аффективные расстройства также очень часто категоризируются как коморбидные с личностными расстройствами, не принимая во внимание манифестацию некоторых поведенческих личностных расстройств как предпосылок или продрома более тяжелых расстройств.

В терапевтических целях наиболее важным является рассмотрение коморбидности психических и соматических заболеваний. Здесь можно упомянуть, к примеру, коморбидность шизофрении и СПИДа или туберкулеза, рекуррентной депрессии и сердечно-сосудистой болезни или диабета, генерализованного тревожного расстройства и астмы. Случаи коморбидности аффективных расстройств и злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами представляются более дискуссионными, поскольку аффективные нарушения часто провоцируют алкогольные эксцессы или временные злоупотребления психоактивными веществами, не обязательно приводя к зависимости.

Ключевые слова

Коморбидность, эпидемиология, сочетание психических расстройств и соматических заболеваний.

CONTROVERSIES IN CONTEMPORARY UNDERSTANDING OF COMORBIDITY IN PSYCHIATRY

**Krasnov V. N., MD, Professor,
Moscow Research Institute of Psychiatry — a Branch of Federal Medical Research
Center of Psychiatry and Narcology Named After V. P. Serbsky,
Moscow, Russian federation**

Abstract

The original concept of comorbidity (A. R. Feinstein, 1970) is excessively broadened and distorted. Investigations most often state 'comorbidity' of depression and anxiety, instead of looking for common pathological entity of the both conditions. "Co-occurrence" of depressive and anxiety features, which indeed is very often the case in clinical practice would be a more appropriate concept. Yet, it would be stranger to talk about comorbidity of OCD and schizophrenia: the question is about which is the primary condition in such a combination. Schizophrenia or affective disorders are also very often categorized as comorbid with personality disorders, without taking into account the probability of manifestation of some behavioural personality disorders as prerequisites or prodrome of more serious disorders. For purposes of treatment, it is most important to take into consideration the comorbidity of mental disorders and somatic illnesses. Here we can mention, for example, comorbidity of schizophrenia and HIV or tuberculosis, recurrent depression and cardiovascular disease or diabetes, GAD and asthma. The cases of comorbidity of affective disorders and alcohol or drug abuses seems to be more arguable, because affective disturbances very often provoke alcohol excesses or temporary drug abuses, not necessarily leading to dependency.

Key words

Comorbidity, epidemiology, combination of mental and somatic disorders.

Спустя почти полвека после введения в нее приобрело необычайную популярность, особенно 1970 г. американским интернистом-эпидемиологом в психиатрии. При этом смысл этого понятия все чаще А. R. Feinstein (1) понятия «коморбидность» послед- отделяется от первоначального авторского определе-

ния. А. R. Feinstein имел в виду сочетание изучаемого заболевания с «любой отдельной клинической сущностью», и даже необязательно с заболеванием, а например, с беременностью, особой диетой, склонностью к симптоматическим реакциям, что может требовать «различных терапевтических маневров».

Чаще всего в психиатрии в качестве коморбидных рассматриваются депрессия и тревога либо даже более определенно «большое депрессивное расстройство» и «генерализованное тревожное расстройство», т. е. состояния практически неизменно сочетающиеся в клинической практике, но разделенные в классификациях. Помимо чрезвычайно высокой сочетаемости депрессии и тревоги, выявляемой при эпидемиологических исследованиях (2), имеются данные, свидетельствующие о тенденции трансформации с течением времени многих случаев «генерализованного тревожного расстройства» в рекуррентные депрессии (3).

Наличие в современных классификациях категории «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» не решает проблемы общности природы этих расстройств, поскольку данная категория искусственно ограничена рубрикой тревожных расстройств, т. е. вынесена за пределы депрессий. Такое разграничение априорно, для него нет достаточных аргументов научной доказательности. Кроме того, операциональная диагностика предписывает относить к этой категории лишь расстройства с недостающим набором признаков как депрессивного, так тревожного расстройств самих по себе.

Налицо искусственный *концепт коморбидности* в противоположность поиску патогенетического единства и клинического континуума аффективных расстройств — не как «расстройств настроения», а как полиморфных расстройств физиологических функций, затрагивающих витальный тонус, вегетативное обеспечение приспособительной деятельности, хронобиологические механизмы адаптации, эмоциональное реагирование, когнитивные функции, побуждения, мотивацию деятельности и ее произвольный контроль.

Более обоснованным и клинически, особенно терапевтически, значимым правомерно считать коморбидность аффективных расстройств (в частности так называемой большой депрессии, ее рекуррентных форм) и соматических заболеваний, прежде всего таких как кардиоваскулярная патология (ишемическая болезнь сердца), диабет, ревматическая патология, онкологические, гастроэнтерологические заболевания (4–6). Вместе с тем и здесь приходится констатировать недостаточную изученность взаимосвязей:

а) между вегетативно-соматическими компонентами депрессии и начальными проявлениями т. н. «психосоматических» заболеваний, в конечном итоге имеющих реальную перспективу трансформации в малокурабельные соматические заболевания;

б) между тяжелым соматическим заболеванием и депрессивной (тревно-депрессивной) реакцией на него;

в) между метаболическими, нейрорецепторными, нейромедиаторными, гормональными, иммунными, нейрофизиологическими дисфункциями вследствие и

депрессии и соматического заболевания как органического поражения тех или иных систем.

Тревожные расстройства тоже часто сочетаются с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с бронхиальной астмой, с тенденцией усиления собственно депрессивных проявлений аффективного расстройства по мере утяжеления соматического состояния (7). Вряд ли можно оправдать даже конкретными задачами эпидемиологического скрининга установление «коморбидности» генерализованного тревожного расстройства не только с депрессией, но и с другими тревожными расстройствами (8).

Сомнение вызывает все чаще используемое понятие коморбидности применительно к связи шизофрении, а иногда и аффективных расстройств, с поведенческими патохарактерологическими отклонениями, в последние десятилетия относимыми к личностным расстройствам. Представляется, что вместо формальной констатации «коморбидности» более оправданным был бы поиск доказательств, в частности анамнестических сведений, о патохарактерологическом дебюте или продроме шизофрении либо аффективного расстройства.

В качестве характерного примера формального использования понятия коморбидности стоит привести неожиданную иерархию двух категорий психических расстройств в одном из недавних исследований: «ОКР с коморбидной шизофренией» (9). Шизофрения является одним из наиболее тяжелых и психопатологически многомерным психическим расстройством, в том числе нередко включающем в свою структуру обсессии и компульсии. Напротив, в структуре обсессивно-компульсивного расстройства типичные проявления шизофрении являются скорее исключением.

Представляет интерес попытка упорядочить представления о коморбидности в психиатрии с эпидемиологических позиций (10). Авторы выделяют следующие варианты коморбидности:

- 1) отклоняющаяся (*bias*) коморбидность, отражающая влияние некоего общего внеклинического фактора (например, относительно высокая частота совпадения разных заболеваний у людей, активно ищущих медицинской помощи; еще один, весьма примечательный пример — зависимость частоты сочетаний разных клинических форм в связи с экспертно установленными диагностическими границами в психиатрической классификации);
- 2) независимая коморбидность — совпадение двух независимых расстройств, эпидемиологически представленных, как ожидается, с близкой вероятностью;
- 3) сущностная (*substantive*) или ассоциированная, кластерная коморбидность — в случаях, когда частота сочетания разных клинических форм превышает ожидаемую, в связи с тем, что одно из расстройств становится фактором риска для другого

Без учета такого рода дифференцирующих особенностей коморбидность превращается в малоинформативное понятие, не делающее различий между сочетанием симптомокомплексов или даже симптомов в

рамках единой клинической формы и собственно сочетанием разных заболеваний. Впрочем, в границах психической патологии коморбидность отдельных клинических форм пока остается проблематичной. Исключением, как справедливо указывает в специальной работе Б. Н. Пивень (11), является сочетание «эндогенных» (в традиционном понимании) и экзогенно-органических расстройств, в частности алкоголизма или иной зависимости от психоактивных веществ. Впрочем, и в этих случаях важно избежать формального установления коморбидности или «двойного диагноза»: они правомерны только при сохранении проявлений зависимости в динамике основного заболевания, т. е. в интермиссии.

Таким образом, коморбидность как весьма значимое в практическом отношении явление, в психиатрии чаще всего представляет собой сочетание пси-

хического заболевания с той или иной клинической формой соматической или церебрально-органической патологии. При этом такие сочетания могут быть как независимыми по своей природе и закономерностям течения (например, биполярное расстройство и туберкулез), так и потенциально близкими и, по-видимому, имеющими некоторые общие патогенетические механизмы (например, уже упоминавшиеся рекуррентная депрессия и сердечно-сосудистая болезнь). Вторым вариантом можно определить как «сопряженную» коморбидность.

Недавние исследования полногеномных связей позволяют отнести сюда и считать не только коморбидными но, возможно, имеющими и общие механизмы развития таких заболеваний, как аффективные расстройства и ревматоидный артрит, целиакия, диабет I типа, псориаз, рассеянный склероз (12–14).

Библиографический список

1. *Feinstein A. R.* The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease // *Journal of Chronic Diseases*, 1970, 23: 455–468
2. *Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S., Nelson C. B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H. U., Kendler K. S.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM–III-R psychiatric disorders in the United States. Result from the National Comorbidity Survey // *Archives of General Psychiatry*. 1994. 51(1) 8–19.
3. *Krasnov V. N.* The Relationship of generalized anxiety disorder and major depression over time, in *diagnostic Issues // Depression and Generalized Anxiety Disorder*. 171–177 / Eds. D. Goldberg et al. Arlington VA: American Psychiatric Association.
4. *Смулевич А. Б.* Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство. 2001.
5. *Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробизhev М. Ю., Иванов С. В.* Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство. 2005
6. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders* / Eds. Sartorius N., Holt R. I. G., May M. 2015.
7. *Краснов В. Н., Палеев Н. П., Мартынова Н. В.* и др. Расстройства аффективного спектра при бронхиальной астме и их терапевтическая коррекция // *Доктор. Ру*. 2010, 4(55): 34–38.
8. *Wittchen H. U.* Generalized anxiety disorders: prevalence, burden and cost to society // *Distress Anxiety*. 2002. 16: 162–171.
9. *Gershani A., Hermesh H., Fineberg N., Eilam D.* Special behavior reflects the mental disorder in OCD patients with and without comorbid schizophrenia // *CNS Spectrum*, February 2014. Vol. 19. No. 1. P. 90–103.
10. *Bastra L., Bos E., Neekeman J.* Quantifying psychiatric comorbidity- lessons from chronic disease epidemiology // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002, 37(3). P. 105–111.
11. *Пивень Б. Н.* Сочетанные формы психических заболеваний и МКБ-11 // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014. Т. 24. № 4. С. 69–72.
12. *Smoller J. W., Kendler K., Craddock N.* et al. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // *The Lancet*. Vol. 381. No. 9875. P. 2–13.
13. *Cotsapas C., Voight B. F., Rossin E.* et al. Pervasive sharing of genetic effects in autoimmune disease. // *PloS Genet*. 2011. 7: e1002254.
13. *Zhernakova A., Stahl E. A., Trynka E.* et al. Meta-analysis of genome-wide association studies in celiac disease and rheumatoid arthritis identifies fourteen non-HLA shared loci // *PloS Genet*. 2011. 7: e1002004.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОСВЕЩЕНИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Малеева С. Ю., к. псих. н., Литвина И. Ю.,
Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск, Российская Федерация

Аннотация

В Хабаровском крае у более 80% детей с умеренным йодным дефицитом наблюдается снижение уровня развития познавательных функций. Профилактика стоматологических заболеваний должна учитывать особен-

ности психического развития детей. Использована психодиагностическая методика для детей с нарушением интеллекта. Сделан вывод о возможности формирования жизненной компетентности детей с ограниченными возможностями здоровья по вопросам здоровья и гигиены полости рта.

Ключевые слова

Психодиагностическая методика, ограниченные возможности здоровья, жизненная компетентность.

MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF A PSYCHODIAGNOSTIC TECHNIQUE IN STOMATOLOGIC EDUCATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

Maleeva S., PhD, Associate Professor, Litvina I.,
Far Eastern State Medical University,
Khabarovsk, Russian Federation

Abstract

In the Khabarovsk region more than 80% of children with moderate iodine deficiency a decrease in the cognitive functions level of development. Prevention of dental diseases should consider the features of mental development of children. Used psychodiagnostic method for children with intellectual disabilities and reaches the conclusion about the possibility of forming a vital competence regarding health and oral hygiene in children with disabilities.

Key words

Diagnostics instruments, disabilities, life competence.

Специфика разработки специального федерального государственного стандарта образования определена тем, что дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) могут реализовать свой потенциал лишь при условии вовремя начатого и адекватно организованного обучения и воспитания — удовлетворения как общих с нормально развивающимися детьми, так и их особых образовательных потребностей, заданных характером нарушения их психического развития [2].

Состав группы школьников с ОВЗ в настоящее время явно меняется. Одной из ведущих современных тенденций является рост доли детей, нуждающихся в создании максимально развернутой системы специальных условий обучения и воспитания.

Масштабное практическое применение научных достижений в сфере медицины, техники, цифровых технологий, специальной психологии и коррекционной педагогики приводит к тому, что часть детей с ОВЗ к семи годам достигают близкого к норме уровня психического развития, что ранее наблюдалось в единичных случаях, а потому считалось исключительным [2].

Ребенку с ОВЗ необходима связь с социумом, культурой как источником развития, а взрослый как носитель культуры может помочь передать социальный опыт, который каждый нормально развивающийся ребенок приобретает без специально организованных условий обучения. Особые образовательные потребности различаются у детей разных категорий, поскольку задаются спецификой нарушения психического развития и определяют особую логику подготовки ребенка к стоматологической помощи.

В Дальневосточном Федеральном округе наблюдается сочетанный дефицит фтора и йода. На фоне общего снижения здоровья у детей отмечается высо-

кий уровень стоматологических заболеваний [5]. Почти у 100% школьников определяется кариес зубов, в возрасте 6–7 лет регистрируется 95% пораженность кариесом [1]. Недостаток йода влияет на интеллектуальное развитие детей. У более 80% детей с умеренным йодным дефицитом наблюдается определенная недостаточность в основных познавательных функциях, большей частью это сказывается на функции внимания, тонкой моторики и восприятия [4]. В связи с этим возникает необходимость дифференцированной психолого-педагогической работы с детьми с нарушением интеллектуального развития.

Цель: Использование психодиагностической методики оценки знаний о здоровье полости рта у детей с нарушением интеллекта и ее применение для формирования жизненно важных компетенций.

Нами была разработана методика для детей с нарушением интеллектуального развития (легкая степень умственной отсталости) и задержкой психического развития в возрасте от 6 до 12 лет. При создании методики, авторами учитывалось содержание житейских ситуаций, которые отражают вопросы здоровья, в том числе стоматологического.

В соответствии с возможностями детей выделяются три уровня образования, при этом каждый должен обеспечить ребенку не только адекватные его потенциалу «академические» знания, умения и навыки, но и способность их реализации в жизни для достижения личных целей. Соответственно, в структуре содержания образования для каждого уровня условно выделяются и рассматриваются два взаимосвязанных и взаимодействующих компонента: «академический» и «жизненной компетенции». Разработанная нами методика позволяет максимально расширить область

развития у ребенка с ОВЗ жизненной компетенции за счет формирования доступных базовых навыков коммуникации, социально-бытовой адаптации, в частности в вопросах гигиены и здоровья полости рта [2].

Исследования в области социально-психологических особенностей здоровых детей в начальной школе позволили выделить следующие жизненно-важные компетенции:

- дифференциация и осмысление картины мира;
- последовательное формирование производных процессов;
- овладение навыками коммуникации;
- осмысление своего социального окружения [3].

В психолого-педагогической литературе описан опыт формирования ключевых компетентностей обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Решение данной проблемы основывалось на разработке трех взаимосвязанных блоков:

- социально-бытовой коррекции — формирование практических умений к самостоятельной жизни и труду, способствующих социальной адаптации.

- профессионально-трудовая подготовка — воспитание личности, конкурентоспособной на рынке труда (для старшего школьного возраста).
- здоровьесберегающий — укрепление и сохранение здоровья воспитанников с ограниченными возможностями здоровья.

Разработанная психодиагностическая методика может быть использована в детской стоматологии и клинической психологии для оценки представлений о стоматологическом здоровье для детей с ОВЗ в возрасте с 6 до 12 лет на и вне стоматологического приёма: даёт возможность дифференцированно оценить уровень осведомлённости по тематическим блокам и построить дальнейшее взаимодействие с ребенком. В ходе такого взаимодействия появляется возможность сформировать жизненную компетентность ребенка в вопросах гигиены и здоровья полости рта.

Таким образом, в процессе апробации методики выяснилось, что ее можно использовать как психолого-педагогический инструментальный не только для подготовки ребенка к стоматологическому приему, но и формирования жизненно важной компетентности детей с ОВЗ в вопросах гигиены и здоровья полости рта.

Библиографический список

1. Антонова А. А. Первичная профилактика кариеса у детей: методологические подходы к назначению препаратов // Дальневосточный медицинский журнал. 2006. № 2. С. 110–112.
2. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья. — Альманах Института коррекционной педагогики. 2015. № 13.
3. Маллер А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии: Практическое пособие. М., 2005.
4. Шеплягина Л. А., Макулова Н. Д., Маслова О. И. Состояние когнитивной сферы у детей в районах с дефицитом йода // Консилиум медикум. 2001 № 1. С. 31–34.
5. Hennequin M., Faulks D. Dental care access among individuals with Down syndrome in France. *Special Care in Dentistry*. 2000. 20(1):28–34.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПРОБЛЕМА ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Менделевич В. Д.,
Институт исследований проблем психического здоровья,
Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Российская Федерация

Аннотация

Статья посвящена анализу влияния психиатрической диагностики и классификации расстройств на стигматизацию обращающихся за помощью людей. Обсуждается необходимость пересмотра принципов психиатрической диагностики с возможным исключением из числа классифицируемых поведенческой патологии.

Ключевые слова

Психические и поведенческие расстройства, классификация, медиализация, стигматизация, дестигматизация.

CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS AND THE ISSUE OF DESTIGMATIZATION OF MENTALLY SICK

Mendelevich V. D.,
Institute for Research of Mental Health Issue,
Kazan State Medical University,
Kazan, Russian Federation

Abstract

The article is dedicated to the analysis of influence of psychiatric diagnostics and classification of disorders on stigmatization of mentally sick. The need for revision of the principles of psychiatric diagnostics is discussed with a possible exception of behavioural pathology.

Key words

Mental and behavioural disorders, classification, medicalization, stigmatization, destigmatization.

Проблема дестигматизации психически больных входит в число приоритетных не только для обществ защиты прав пациентов, но для психических научных сообществ. Психиатры пытаются способствовать уменьшению и искоренению стигматизации как с помощью предоставления обществу объективной информации о реальных последствиях психических заболеваний, так и путем переименования диагнозов на более благозвучные и нестигматизирующие. Именно по этой причине в Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10), принятого в 1992 г. [6], были изменены названия болезней — вместо олигофрении стал использоваться термин умственная отсталость, взамен истерии — диссоциативное (конверсионное), а психопатии — личностное расстройство и т. п. Некоторые национальные психиатрические ассоциации пошли дальше, предложив переименовать шизофрению в «расстройство интеграции». Изменив названия болезней психиатры в некоторой степени изменили отношение общества к лицам, страдающим ими — часть психической патологии перестала быть стигматизирующей, например, расстройства аутистического спектра.

Однако, оказалось, что не только дефиниции влияют на стигматизацию пациентов. Само обозначение неадаптивных особенностей поведения человека медицинскими терминами и необходимость наблюдаться у психиатров (пусть даже без правовых последствий) стало рассматриваться как стигматизация [7, 11]. В связи с этим остро встал вопрос о влиянии психиатрической диагностики и классификации расстройств на стигматизацию обращающихся за помощью людей.

Известно, что основополагающим для современной психиатрии является вопрос о том, насколько новые классификации способствуют более точной диагностике психических расстройств, насколько они позволяют объективизировать процесс отграничения нормы от патологии. В ракурсе обсуждаемой темы немаловажна оценка влияния диагнозов на самовосприятие пациентов.

В связи с вопросом об объективизации диагностического процесса в психиатрии обращает на себя

внимание парадоксальная тенденция увеличения числа рубрик и «нозологических единиц» во вновь создаваемых психиатрических классификациях. Заметим, что в первой классификации психических расстройств (DSM-I), вышедшей в 1952 г., существовало всего 106 диагнозов. В новых (DSM-IV и DSM-V) психиатрам предоставлялась и предоставляется возможность выставлять диагнозы соответственно 297 и 282 расстройств [12]. При этом *увеличение числа диагнозов происходит в основном за счет выделения новых поведенческих расстройств*. Так, в МКБ-11 предлагается включить диагноз «хординга» (патологического накопительства), который до того признавался лишь поведенческим отклонением. Всерьез обсуждается целесообразность включения Интернет-зависимости и селфизма в диагностические системы. В связи с тенденцией к расширению числа допустимой к диагностике психопатологии многие ученые задаются вопросом *следует ли признавать МКБ или DSM классификациями расстройств или систематикой девиантных форм поведения?* Подвергаются критике представленные в МКБ критерии диагностики многих патологий (гемблинга, расстройств зрелой личности и пр.).

За последние годы отмечается отчетливая тенденция учащения диагностики таких расстройств как синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), биполярного аффективного расстройства (БАР), расстройств аутистического спектра. Это может быть связано как с реальным увеличением заболеваемости, так и с новыми теоретическими взглядами исследователей и даже с экспансией фарминдустрии в области психиатрии. В США за последние 20 лет в три раза увеличилась частота диагностики СДВГ, удвоилась частота выявления БАР (у детей в 40 раз), более чем в два раза возросла частота постановки диагноза расстройств аутистического спектра [10].

Katschnig H. [15] в своей известной статье «Являются ли психиатры вымирающим видом?» описал несколько кардинальных проблем современной психиатрии, блокирующих эволюционное развитие данной науки: дискуссионность современных диагно-

стических критериев; необоснованные психиатрические диагнозы для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации; нехватка психиатров во многих странах; разочарование эффективностью психофармакотерапии; «экспансия» неврологов в область психиатрии (рекомендация заменить термин «психическое заболевание» на «болезнь мозга»). С точки зрения автора, психиатрия в ближайшем будущем рискует быть поглощенной другой медицинской специальностью либо лишиться статуса медицинской науки.

Современная ситуация в сфере клинической психиатрии характеризуется нарастающим процессом психопатологизации феноменов обыденной жизни, переводом поведенческих девиаций в разряд классифицируемых по МКБ-10 расстройств [7, 8]. В медицинской антропологии и социологии данный процесс обозначается термином «медиализация» [1–5, 9, 13–14]. В узком смысле под медиализацией понимают процесс, при котором состояние или поведение человека начинает рассматриваться как медицинская проблема, требующая соответствующего решения. Речь, по мнению В.Л. Лехциер [3], идет о медиализации широкого круга областей — повседневности, детства, сексуальности, тела, смерти, нормы, страдания, медиадискурса и т.д. «Можно сказать, что медиализация — это процесс патологизации общества, производства пациентского самосознания» [3].

Не вызывает сомнений тот факт, что развитие психиатрии отличается от эволюции других медицинских дисциплин. На изменения в психиатрии существенное влияние оказывают не столько общемедицинские, сколько социальные, культурные, религиозные и даже политические процессы. Диагностические критерии соматических заболеваний вырабатываются исключительно в кругу профессионалов на основании обнаружения биологических основ страданий человека, нарушающих его жизнедеятельность. Психиатрическая же диагностика, во-первых, не всегда может апеллировать к нейробиологическим (нейрофизиоло-

гическим) фактам и, во-вторых, исходит из принятых в обществе устойчивых представлений о нормативном психологическом функционировании и адекватном поведении индивида. Таким образом, внешние социально-психологические факторы способны кардинально изменять представления ученых о границах девиантных и патологических форм поведения человека и, тем самым, осуществлять некоторое внаучное «давление» на выработку диагностических критериев психических и поведенческих расстройств.

Создание и внедрение в практику диагностических классификаций психических и поведенческих расстройств также не могут игнорировать складывающиеся в обществе устойчивые представления о норме и не норме. Динамику научных представлений можно проследить на примере диагностики гомосексуализма в различные исторические периоды. В начале и середине прошлого века данный феномен в обществе однозначно расценивался как «извращение». Психиатрами он был включен в перечень психической (поведенческой) патологии, предписывавший принудительную госпитализацию в психиатрические стационары с применением разнообразных методов лечения (от кастрации и электросудорожной терапии до психофармакотерапии и лоботомии) [12]. При этом у врачей не имелось никаких объективных (научных) доказательств того, что нетрадиционная сексуальная ориентация является результатом результатом патологических церебральных или гормональных процессов. Диагностика строилась исключительно на факте «неадекватного поведения» гомосексуалиста. Изменение общественного мнения о гомосексуальном поведении переориентировало и психиатрический взгляд на проблему — в середине 70-х годов XX века такой диагноз был изъят из классификаций. Это также происходило без опоры на какие бы то ни было научные доказательства.

Таким образом, приходится констатировать, что без изменения принципов диагностики психических расстройств, без обсуждения обоснованности включения в МКБ поведенческой патологии невозможно достижение целей дестигматизации больных.

Библиографический список

1. Боязитова А. Н. Медиализация как социальный процесс. Дисс. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 159 с.
2. Доброродный Д. Г., Черняк Ю. Г. Медиализация как социокультурный феномен и предмет междисциплинарного исследования // Философия и социальные науки. 2012. № 1/2. С. 82–88.
3. Лехциер В. Л. Эффекты медиализации и апология патоса // Вестник Самарской гуманитарной академии. Выпуск «Философия. Филология». 2006. № 1(4). С. 113–125.
4. Медведева Л. М. Homo medicus как возможный результат медиализации // Историческая и социально-образовательная мысль. 2012. № 1(11). С. 210–214.
5. Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз // Независимый психиатрический журнал. 2007. № 3. С. 15–19.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. СПб, 1994. 304 с.
7. Менделевич В. Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. № 6. С. 166–168.
8. Менделевич В. Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского, психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016. № 1. С. 4–16.
9. Михель Д. В. Медиализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4(60). Вып. 2. С. 256–263.
10. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E. et al. Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment // Developmental Medicine & Child Neurology. 2012. Vol. 54. P. 492–494.

11. *Bracken P., Thomas Ph.* Postpsychiatry: a new direction for mental health. // *The British Medical Journal*. 2001. Vol. 322. P. 724–727.
12. *Christmas D.* DSM–5: Fictions, Fallacies, and the Future of Classification.—http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas_DSM–5FFFC.pdf
13. *Clark J.* Medicalization of global health 4: the universal health coverage campaign and the medicalization of global health // *Glob Health Action*. 2014. Vol. 7: 24004.—<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24004>
14. *Conrad P., Schneider J. W.* Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992. P. 263–265.
15. *Katschnig H.* Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9. P. 21–28.

ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Мосолов С. Н., д. м. н., профессор,
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В отличие от психических заболеваний снижение смертности в других медицинских областях связано со сменой терапевтической стратегии в пользу профилактического лечения и активного влияния на факторы риска. Основные психофармакологические средства были открыты клиницистами в 1950–60-х годах случайным образом, сотни последующих препаратов были «сделаны по образу и подобию», эксплуатируя те же механизмы действия. Обсуждаются возможные пути создания оригинальных и более действенных средств биологической терапии психических расстройств.

ADVANCES, PROBLEMS AND PERSPECTIVES OF BIOLOGICAL THERAPY FOR MENTAL DISORDERS

**Mosolov S. N., MD, Professor,
FGBU “Federal medical research centre for psychiatry and narcology
named after V. P. Serbsky”, Minzdrav of Russia,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

In contrast to psychiatry the drop in mortality rates in other medical disciplines was determined by the shift of therapeutic strategy from acute to prophylactic treatment and by active influence on disease risk factors. All prototypes of psychotropic drugs were discovered accidentally by clinicians in 50–60's, and hundreds of following molecules were developed on “me-too” basis using the same mechanisms of action. Possible approaches for the developing of new and efficient methods of biological treatment are discussed.

По данным ВОЗ, каждый четвертый человек в мире страдает психическим расстройством, каждый 20-й является инвалидом по психическому заболеванию, а по числу лет вследствие утраченной трудоспособности и преждевременной смертности (показатель DALY) нейropsychиатрические заболевания в целом превышают сердечнососудистые и онкологические заболевания вместе взятые [11]. В отличие от других медицинских специальностей, например, кардиологии, где в последние десятилетия были достигнуты серьезные успехи, смертность при психических заболеваниях, прежде всего за счет суицидов, практически не снижается [8]. Отчасти это связано с тем, что в отличие от психиатрии в других специальностях произошла смена терапевтической стратегии в пользу профилактического

лечения и активного влияния на факторы риска заболевания.

Психофармакологическая революция 1950–60-х годов прошлого века позволила эффективно воздействовать на основные психопатологические синдромы (преимущественно позитивные симптомы), привела к практически полной отмене мер стеснения и содержанию больных в общемедицинских условиях, запустила процесс деинституализации и обеспечила возможность длительного амбулаторного лечения в привычной социальной среде. Вместе с тем, все имеющиеся в современном арсенале психофармакологические средства оказались способны лишь временно подавлять актуальную психопатологическую симптоматику или оказывать вторичный профилактический

(противорецидивный) эффект. Действие препаратов носит преимущественно симптоматический (паллиативный) характер и направлено на купирование симптомов, но не на их превенцию. Для современной психофармакотерапии характерны высокая частота отсутствия эффекта первого курса (до 50%), высокая резистентность (до 30%), длительное ожидание эффекта (3–6 недель), низкий уровень достижения ремиссий, полное выздоровление практически невозможно [1]. Основные различия между препаратами заключаются в их безопасности и переносимости, по-прежнему отсутствуют надежные клинические и биологические предикторы эффекта (подбор терапии осуществляется преимущественно методом «проб и ошибок»). Несмотря на массовость психофармакотерапии, увеличение числа препаратов и выписки рецептов, бремя психических расстройств, показатели заболеваемости, смертности и нетрудоспособности растут. Поэтому необходимо не только повышение доступности лекарственных средств, но и их разнообразия и эффективности. Однако, основные психофармакологические средства были открыты клиницистами в 1950–60-х годах случайным образом, сотни последующих препаратов были «сделаны по образу и подобию», эксплуатируя те же механизмы действия. В отличие от кардиологии, где число препаратов с другим механизмом действия за этот период возросло в 5 раз, в психиатрии мало что изменилось.

Еще одна актуальная проблема нашей страны — высокий уровень неадекватной терапии, в том числе вследствие неправильной диагностики, недостатка современных знаний, низкого уровня внедрения терапевтических алгоритмов и клинических рекомендаций, разработанных на основе методов доказательной медицины [1].

В качестве примера можно привести биполярное аффективное расстройство (БАР). Распространенность БАР в РФ по отчетным статистическим данным составляет 0,009%, что почти в 500 раз меньше, чем в ЕС или США [5]. Известно, что до 40–50% первичных диагнозов рекуррентной депрессии, спустя 5–10 лет и более, пересматриваются в сторону расстройств биполярного спектра, особенно БАР II типа, протекающего преимущественно депрессивными фазами [7]. Проведенные нами когортные эпидемиологические исследования с использованием структурированного диагностического интервью и специальных валидизированных опросников показали, что у 36% из 409 больных с первичным диагнозом рекуррентной депрессии можно было диагностировать БАР II типа [3, 10], а из 347 стационарных больных с признаками психомоторного возбуждения и первичным диагнозом приступообразная (эпизодическая) шизофрения или шизоаффективное расстройство диагноз БАР был выставлен в 40,3% случаев [4]. Другими частыми ошибочными диагнозами у больных БАР являются алкоголизм и другие зависимости, тревожные расстройства и пограничное расстройство личности. В целом, здоровая полноценная жизнь у больных БАР меньше в среднем на 12 лет, трудоспособность — на 14 лет, продолжительность жизни — на 9 лет, семей-

ные проблемы (жизнь в одиночестве), делинквентное поведение (совершение правонарушений, проблемы с законом, дорожно-транспортные происшествия и др.) и безработица встречаются в 2 раза чаще, чем в популяции [2]. Вместе с тем, применение мер вторичной профилактики (включая психообразование и противорецидивную фармакотерапию) позволяет избежать этих проблем, сохранить трудоспособность и качество жизни больных, а также снизить социальное бремя общества [2]. Особенно драматично при проведении длительной нормотимической терапии снижается число суицидов [6]. Исследовательские ограничения и сложности дальнейшего изучения психофармакотерапии состоят в следующем: основные классы психофармакологических препаратов имеют близкий усредненный профиль действия в гетерогенных популяциях пациентов (скромная величина эффекта и высокий NNT) и не объясняют широкую индивидуальную вариабельность эффектов; один вид терапии помогает при нескольких расстройствах (СИ-ОЗС, антипсихотики, антиконвульсанты); отмечается высокая эффективность неспецифической терапии (возрастание плацебо эффекта до 40–50%); затруднено раннее выявление и профилактическое лечение; отсутствуют адекватные экспериментальные модели (их недостаточная прогностическая валидность); исследования проводятся по строгим операциональным критериям современных классификаций, и большинство больных, встречающихся в реальной практике, в них не попадают. Все это позволяет думать, что либо существующая терапия недостаточно специфична актуальным диагностическим категориям, либо диагностические категории гетерогенны (искусственное объединение синдромов с разными патофизиологическими механизмами) [9]. Выход в этой ситуации видится в поиске биомаркеров и персонификации терапии («точная медицина»).

Важнейшей задачей в этом направлении является поиск простых промежуточных фенотипов заболевания (эндофенотипов), позволяющих выделить недостающие звенья в цепи: этиология — молекулярные мишени — нейромедиаторные системы — нейрональные сети — когнитивные функции — поведенческий фенотип, с последующей попыткой создания новых фармакологических средств и нелекарственных методов воздействия на них. К сожалению, большие надежды, возлагавшиеся в последнее время на генетические методы в поиске новых молекулярных мишеней, пока не оправдались в силу крайней сложности этиопатогенеза психических заболеваний, включая взаимодействие генетических, онтогенетических и эпигенетических факторов, полигенный контроль функции, мультифункциональность и взаимодействие отдельных генов.

Основные *перспективы развития биологической терапии* психических расстройств на настоящем этапе представляются следующим образом:

- 1) смена терапевтической парадигмы с купирующей на превентивную — ранняя диагностика и лекарственная профилактика прогрессивных нейроде-

- генеративных процессов (разработка биологических тестов и поиск биомаркеров);
- 2) терапия должна быть направлена не только на устранение нейрохимического дисбаланса («магической пули»), но на тонкую настройку нарушенных взаимосвязей в нейрональных сетях;
 - 3) широкое внедрение мониторинга лекарственной эффективности и переносимости с помощью современных нейровизуализационных, нейрофизиологических, фармакогенетических и фармакокинетических методов;
 - 4) разработка новых лекарственных форм и фармакологических методов доставки лекарственных препаратов к клеточным мишеням (наноконтейнеры, моноклональные антитела, микросферы и т. д.);
 - 5) развитие нелекарственных методов биологической терапии, включая электростимуляцию мозга с использованием современных методов навигации и нейросканирования (электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция, глубокая стимуляция мозга, вагусная стимуляция и др.), локальное прекондиционирование мозга, функционально-клеточная микрохирургия с применением микро/нано-чипов с электронной коррекцией выпавших функций и др.).

Библиографический список

1. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / Под ред. С. Н. Мосолова. М.: Социально-политическая мысль, 2012, 1080 с.
2. Мосолов С. Н. Биполярное аффективное расстройство (диагностика и лечение). М.: Медпресс, 2008, 383 с.
3. Мосолов С. Н., Ушкалова А. В., Костюкова Е. Г. и др. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 2–12.
4. Мосолов С. Н., Шафаренко А. А., Ушкалова А. В. и др. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 3. С. 2–7.
5. Творогова Н. А., Николаева Т. А. Справка о распространенности психических расстройств в населении Российской Федерации за 2011 г. // Психическое здоровье. 2013. № 6. С. 14–37.
6. Angst J., Angst F., Gerber-Werder R., Gamma A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: A 40 to 44 years' follow-up // Arch Suicide Res. 2005. No. 9, P. 279–300.
7. Angst J., Gamma A., Benazzi F. et al. Diagnostic issues in bipolar disorder // Europ. Neuropsychopharm. 2003. Vol. 13. P. 43–50.
8. Insel T. The Future of Psychiatry (= Clinical Neuroscience). Director's Blog, April 20, 2012.—<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2012/the-future-of-psychiatry-clinical-neuroscience.shtml>
9. Klein DF: Causal thinking for objective psychiatric diagnostic criteria // In Causality and Psychopathology. Eds. Shrout P. E., Keyes K., Ornstein K. New York, Oxford University Press, 2011. P. 321–337.
10. Mosolov S., Ushkalova A., Kostukova E. et al. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // Bipolar Disorders. 2014. Vol. 16. P.389–399.
11. WHO. Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. World Health Organization Publication. 2010, 1–65.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ СТРЕСС, ЭПИГЕНЕТИКА И ПРОГРАММИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Розанов В. А.,
Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова,
Одесса, Украина

Аннотация

В современном мире нарастает роль психо-социального стресса как основного фактора, разрушающего психическое здоровье. Накапливаются данные о том, стресс, обусловленный динамично меняющейся социальной средой, способен через эпигенетические механизмы программировать проблемы психического здоровья. Эйдемонический компонент благополучия (в противовес гедонистическому) обуславливает большую устойчивость к стрессу, что отражается на состоянии биологических процессов.

Ключевые слова

Психическое здоровье, гедонистический и эйдемонический компонент, психо-социальный стресс, эпигенетические феномены, онтогенетическое программирование.

PSYCHO-SOCIAL STRESS, EPIGENETICS AND MENTAL HEALTH PROGRAMMING

Rozanov V. A.,
Odessa I.I. Mechnikov National University,
Odessa, Ukraine

Abstract

Psycho-social stress is gaining importance as the main risk factor for the development of mental health problems in the modern world. There is a growing body of evidence that stress-related reactions to quickly changing social environment can trigger epigenetic mechanisms that program both mental health problems and resilience across the life course. Eudemonic component of mental well-being (in contrast to hedonic) is associated with higher stress resilience, which is reflected in some biological processes.

Key words

Mental health, hedonic and eudemonic component, psycho-social stress, epigenetic phenomena, ontogenetic programming.

Понятие (концепт) психического здоровья, несмотря на длительный период разработки, еще далеко от полного осмысления. Наиболее распространенной и широко используемой является модель психического здоровья, основанная на таком измерении, как благополучие (*well-being*). Это позитивное состояние включает в себя два компонента — гедонистический, связанный с поиском позитивных эмоций и жизненных удовольствий, и эйдемонический, ассоциированный с такими понятиями, как вовлеченность, позитивные отношения, адаптивность и альтруизм, что сопровождается ощущением вознаграждения от осознанной активности, следования своим ценностям и внутренним смыслом [13, 14]. Благополучие часто рассматривается как центральное понятие, в котором сходятся психологические, социальные и биологические факторы психического здоровья [9]. Психическое здоровье в целом выступает как важнейший личностный ресурс [3], а также как общественно-политический ресурс и фактор конкурентоспособности в современном мире [6].

Благополучие и психическое здоровье в целом на популяционном уровне характеризуется неким подобием нормального распределения, при этом примерно по 17–20% лиц на обоих концах кривой имеет соответственно наиболее низкий (психическое расстройство) или исключительно высокий уровень здоровья и устойчивости к стрессу (процветание). Примерно 10% населения существует на уровне ослабленного здоровья и представляет собой группу, уязвимую в отношении возможности возникновения расстройств, в то время как чуть более половины популяции характеризуется средним уровнем психического здоровья [8]. Группа с высоким (позитивным) психическим здоровьем представляет наибольший интерес в плане изучения детерминант такой устойчивости и использования этих знаний с целью улучшить ситуацию во всей популяции или предупредить психопатологию. Несмотря на всеобщее признание био-психо-социальной природы психического здоровья, при объяснении наблюдаемых явлений преобладают психологические аспекты. Однако в последние десятилетия на фоне интереса к

эпигенетическим феноменам наметилось новое понимание роли биологических механизмов в их взаимосвязи с социальными и личностными факторами.

Наличие распределения уровня психического здоровья говорит о полигенном характере данного признака, в свою очередь, сдвиги и изменения формы этого распределения могут отражать эволюционные процессы, охватывающие различные временные промежутки. Сами изменения связаны с влияниями генотипа и среды и являются результатом взаимодействий этих факторов. Анализ ситуации в сфере психиатрической эпидемиологии говорит о том, что за последние несколько десятилетий в развитых странах распространенность основных проблем психического здоровья (депрессия, тревожное расстройство, аддикции) растет [5]. Таким образом, негативный полюс психического здоровья усиливает свое представительство в популяции, в то время как роста позитивного полюса не наблюдается.

Большое число экспериментальных исследований и клинических наблюдений свидетельствует о том, что важнейшей причиной нарушений психического здоровья является стресс. В своем позитивном выражении кратковременный стресс способствует укреплению ощущения благополучия, формированию навыков копинга и стрессоустойчивости в целом. Однако стресс в современном мире все больше приобретает характер хронического психосоциального стресса, несущего преимущественно негативные последствия [2, 11]. В то время как роль физических стрессоров постепенно снижается, роль социальных факторов растет. Психосоциальный стресс можно рассматривать как стресс, обусловленный социальными, имущественными и политическими явлениями [12], либо как стресс внутренних, ощущаемый на когнитивном и эмоциональном уровне как ощущение неспособности справиться с проблемами и требованиями, предъявляемыми современной жизнью [10].

Нарастание психо-социального стресса связано с ведущими факторами модернизации. К ним относятся демографические и урбанистические изменения (снижение рождаемости и смертности, увеличение про-

должительности жизни, снижение уровня социальной поддержки), изменения характера труда (глобальный переход от физической к интеллектуальной деятельности, цикличность, интенсификация деятельности) и информационное давление (исключительная доступность информации, индуцируемая тревога, новые виды зависимостей, замена смысла зрелищностью) [4].

Психо-социальный стресс, несмотря на субъективность, реализует свои повреждающие влияния через консервативные биологические нейроэндокринные механизмы. В последнее время в качестве посредников между стрессовыми сигналами среды и генетическими программами организма рассматриваются эпигенетические феномены. К ним относятся модификации ДНК и гистонов и система микро-РНК, роль которых заключается в установлении профиля активности генома на длительный период, практически на всю жизнь индивидуума. Биологический смысл этого явления заключается в прогностическом онтогенетическом ответе — подготовке организма к будущему существованию при определенном (позитивном или негативном) уровне средовых стрессовых воздействий. Накапливается все большее число объективных данных относительно роли эпигенетических феноменов в программировании физического и психического здоровья, особенно в связи с возрастом [1].

Большинство характеристик устойчивой активности генома устанавливается на стадиях раннего развития — от внутриутробного периода до раннего взросления. Представления об эпигеноме как о динамическом интерфейсе между относительно стабильным геномом и сверхдинамичной окружающей средой могут помочь понять феномен роста психопатологий, столь распространенных в современном мире (тревога, агрессия, депрессия, гиперактивность, асоциальные проявления, аддикции, рисковое и самоповре-

ждающее поведение), равно как и представить себе пути поддержания и усиления позитивного благополучия. Эпигенетические метки, возникающие под влиянием стрессовых воздействий, фиксируют экспрессию генных комплексов, влияя на формирование мозговых клеточных ансамблей и определяя в конечном итоге вероятность нарушений психического здоровья или устойчивого благополучия и способности справляться со стрессами. Эпигенетические механизмы в этой связке становятся механизмом поддержания нового равновесия между средой, геномом и личностью с ее поведенческими особенностями.

Таким образом, во взаимоотношениях генотипа и среды явно просматривается более существенная роль внешних, прежде всего социальных факторов, которые через эпигенетические механизмы оказывают все более выраженное и направленное влияние на биологическую природу человека. При этом выявляются потенциальные возможности и точки приложения позитивных инструментов поддержания психического здоровья. Так, неблагоприятная для здоровья и долголетия транскрипционная реакция на стресс в виде дифференциальной активации компонентов иммунной системы сильнее проявляется у лиц с высоким гедонистическим компонентом психического здоровья и заметно слабее — у тех, чье психическое здоровье базируется на эйдemonическом благополучии [7]. Вполне возможно, что осмысленность существования, осознание своих целей в жизни, духовность и вовлеченность в жизнь социума (в противовес гедонизму, консьюмеризму, неоправданным ожиданиям и неизбежным разочарованиям) создает возможности для реализации жизненного потенциала не только в силу психологических, но и посредством биологических механизмов.

Библиографический список

1. *Вайсерман А. М., Войтенко В. П., Мехова Л. В.* Эпигенетические эпидемиология возраст-зависимых заболеваний // *Онтогенез*. 2011. Т. 42(1). С. 1–21.
2. *Дмитриева Т. Б., Воложин А. И.* (ред.) *Социальный стресс и психическое здоровье*. Монография. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. 248 с.
3. *Карпов А. М.* *Самозащита от саморазрушения. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии зависимостей и стрессов*. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 136 с.
4. *Розанов В. А.* Самоубийства среди детей и подростков — что происходит, и в чем причина? // *Суицидология*. 2014. Т. 5, № 4(17). С. 16–31.
5. *Розанов В. А.* Рост нарушений психического здоровья в мире — психиатрическая эпидемиология современности // *Уральский журн. психиатрии, наркологии и психотерапии*. 2015. Т. 3(1). С. 6–21.
6. *Beddington J., Cooper C. L., Field J. et al.* The mental wealth of nations // *Nature*. 2008. Vol. 455. P. 1057–1060.
7. *Fredrickson B. L., Grewen K. M., Coffey K. A. et al.* A functional genomic perspective on human well-being // *PNAS*. — 2013. — Vol. 110. No. 33. P.13684–13689.
8. *Friedli L.* Mental health, resilience and inequalities. WHO, 2009. 35 p.
9. *Huppert F. A., Baylis N.* Well-being: towards an integration of psychology, neurobiology and social science // *Phil. Trans. R. Soc. Lond.* 2004. Vol. B 359. P.1447–1451.
10. *Lazarus R., Folkman S.* *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer Publishing Company, 1984.
11. *McEwen B. S.* Brain on stress: How the social environment gets under the skin // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2012. Vol. 109. Suppl. 2. P. 17180–17185.
12. *Martikainen P., Bartley M., Lahelma E.* Psychosocial determinants of health in social epidemiology // *Intern. J. Epidemiol.* 2002. Vol. 31. P. 1091–1093.
13. *Ryan R. M., Deci E. L.* On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being // *Ann. Rev. Psychol.* 2001. Vol. 52. P. 141–166.
14. *Seligman M. E. P., Parks A. C., Steen T.* A balanced psychology and full life // *Phil. Trans. R. Soc. Lond.* 2004. Vol. B 359. P. 1379–1381.

ДЕФИЦИТ ПСИХИЧЕСКОГО ТОНУСА, КАК МЕХАНИЗМ ОДНОГО ИЗ ВАРИАНТОВ ГИПЕРАКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Семаго Н. Я., к. псих. н., доцент, старший научный сотрудник Института проблем инклюзивного образования МГППУ,
Московский государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается проблема дифференциальной диагностики гиперактивного поведения. Показано, что детей, относимых к категории «расторможенных» можно оценивать не только с позиции их неврологического статуса, но и статуса аффективного, определяемого в соответствии с теорией уровневой аффективной организации человека, что позволяет дифференцировать их на три различные группы. Для различных вариантов разработаны специфичные механизмы нарушений направления коррекционной работы.

Ключевые слова

Гиперактивное поведение, неврологические особенности, аффективный статус, дифференциальная диагностика, аффективная организация.

DEFICIENCY OF PSYCHIC TONUS AS A MECHANISM FOR THE FORMATION OF THE VARIANTS OF HYPERACTIVE BEHAVIOR

Semago N. Y., PhD (Psychology), Associate Professor, Senior Researcher of Institute of Inclusive Education Problems of MSUPE,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article looks at the issue of the differential diagnosis of hyperactive behavior. It is shown that children classified as “deviant” can be assessed not only from the standpoint of their neurological status, but also affective status which is determined in accordance with the theory of the affective level of the organization, helping to put them into three different groups. For various options, specific mechanisms for violations of the correctional work guidelines are developed.

Key words

Hyperactive behavior, neurological features, affective status, differential diagnosis, affective organization.

В настоящее время существует представление о том, что такие нарушения адаптации, как *гиперактивность* рассматриваются большинством авторов, как исключительно результат тех или иных проблем неврологического характера. Чаще всего причинами заболевания (или состояния) считаются осложнения в течение всего перинатального периода, заболеваний нервной системы на протяжении первого года жизни, а также травм и заболеваний, полученных в течение первых трех лет жизни ребенка. Следствием этого является такие отечественные диагнозы, как «легкая дисфункция мозга» или «минимальная дисфункция мозга» [1, 2, 3, 7].

В нашем исследовании проблемы двигательной расторможенности, поведенческие особенности рассматривались с точки зрения не только неврологического статуса, но и *статуса аффективного*, опираясь, в первую очередь, на выявление их психологических механизмов [5].

Аффективный статус детей с подобными поведенческими проблемами может быть описан с точки зрения гипо- или гиперфункционирования механизмов каждого из четырех уровней аффективной организации по О. С. Никольской [4, 6] в зависимости оттого, какие из них находятся в состоянии повышенной чувствительности или повышенной выносливости. Наша гипотеза рассматривала двигательную расторможенность как имеющую различную «природу», обусловленную не только проблемами неврологического статуса, но и особенностями *тонического* обеспечения деятельности: зависимо от специфики функционирования системы аффективной организации поведения и сознания [4].

В исследовании участвовали дети 3,5–6,5 лет, родители которых обратились с жалобами на *двигательную и речевую расторможенность, неуправляемость* детей, существенно затрудняющую их адаптацию в дошкольных образовательных учреждениях.

На базе ППС-Центров Москвы в 2004–2014 гг. было проведено комплексное обследование более 200 детей, разработан блок адекватных задач исследования *методов диагностики*, который включал в себя:

- подробный и специфически ориентированный сбор психологического анамнеза;
- анализ особенностей операциональных характеристик деятельности ребенка;
- оценку уровня психического тонуса (для этих же целей был разработан тематический опросник для родителей);
- исследовались особенности сформированности различных уровней произвольной регуляции деятельности;
- исследовались особенности развития различных сторон когнитивной сферы;
- оценивался *вид помощи*, необходимый ребенку;
- анализировались его эмоционально-аффективные особенности.

Следует подчеркнуть, что особое внимание уделялось общему уровню психической активности и психического тонуса ребенка, давалась интегральная оценка профиля в целом и *состояния отдельных уровней аффективной организации*.

Выявленные существенные различия позволили разделить детей на три различные группы:

Специфичным для детей, относимых нами к **первой группе** (61% детей, причем мальчиков в 2,5 раза больше, чем девочек) было, диагностированное неврологом неврологические нарушения, обусловившие изменения (как правило, ускорения и реже — нарушения последовательности моторного развития) раннего психомоторного развития, что, по совокупности признаков, было квалифицировано как *минимальные дисфункции мозга (диагноз ставился врачом)*, а *недостаточная сформированность* произвольного (регуляторного) компонента деятельности являлась следствием этого.

Дети этой группы демонстрировали дефицитарность регуляции собственной деятельности уже на самых элементарных уровнях, очевидно, что иерархически более высшие, и позднее формирующиеся уровни регуляции поведения в целом оказывались у детей этой группы — выражено дефицитарными.

Что касается особенностей формирования уровней аффективной регуляции, то по результатам интегральной оценки поведения ребенка и по результатам ответов родителей ребенка наблюдалось, как правило, искажение пропорций системы, как правило, за счет гиперфункции 3-го уровня аффективной регуляции, а в грубых случаях 2-го и 4-го уровней. В дальнейшем подобные проблемы поведения, по нашим наблюдениям, могут приводить к девиации развития в сторону дисгармоничного развития экстрапунитивного типа [5, с. 86]. Таким образом, наблюдаемая у детей первой группы двигательная расторможенность по сути своей может считаться специфичной и как бы «*фоновой*», и лишь усиливается в своих проявлениях при утомлении ребенка.

Для детей **второй группы** (27% детей: мальчиков в 1,5 раза больше, чем девочек) были специфичны следующие особенности развития.

В картине раннего развития детей не обнаруживались признаки выраженного неврологического неблагополучия, а с точки зрения сроков и темпа раннее психомоторное и эмоциональное развития в основном соответствовало средненормативным показателям. Однако несколько чаще, чем в среднем по популяции встречались изменение не сроков, а самой последовательности моторного развития. При обследовании детей этой группы в первую очередь обращал на себя внимание невысокий фон настроения и, чаще всего, сниженные показатели общей психической активности и работоспособности. Дети часто нуждались в подбадривании и своеобразной «тонизации» со стороны взрослого. Именно такой вид помощи оказывался наиболее действенным для ребенка.

Сформированность регуляторной сферы этих детей (в соответствии с возрастом) оказалась достаточной. Эти дети **до наступления утомления** справлялись как со специальными пробами на уровень регуляторной зрелости, так и удерживали алгоритм деятельности, в соответствии с возрастом. То есть в целом, по отношению к произвольной регуляции поведения детей, относимых ко второй группе, можно говорить о достаточном ее уровне. В тоже время уровень произвольной регуляции эмоционального состояния зачастую оказывался сформирован недостаточным, что показывает отчетливую взаимосвязь между формированием регуляции эмоций и эмоциональной экспрессии и спецификой формирования собственно аффективной регуляции поведения.

С позиций анализа аффективного статуса часто приходилось говорить о недостаточной аффективной тонизации уже начиная со *2-го уровня аффективной регуляции* (то есть его гипофункции) и, как следствие, изменение пропорций в тонизации 3-го и 4-го уровней.

В этом случае, особенно при наступлении утомления, *необходимая для решения поведенческих задач аффективная тонизация может компенсаторно проявиться в нарастании защитных механизмов 2-го уровня аффективной регуляции. Именно это и выражается у детей в возникновении стереотипных двигательных реакций, проявляющих себя как двигательная расторможенность, но имеющих в данном случае принципиально иной смысл!*

Таким образом, для детей, второй группы различные проявления двигательной и речевой расторможенности отражают не присущую им «активность», а свидетельствуют о еще большем снижении психического тонуса на фоне утомления и компенсаторной потребности в активизации и «тонизации» различных уровней аффективной регуляции посредством двигательной активности — прыжков, бестолковой беготни, даже элементов стереотипных движений. Такого рода «тонизация» специфична для гипофункции второго уровня аффективной регуляции (уровня аффективных стереотипов), а появляющееся в ситуациях утомления

«неоправданное бесстрашие» и игра «с риском» характеризуют особенности уже третьего уровня аффективной регуляции — уровня аффективной экспансии. Может быть именно в силу того, что у детей с ранним детским аутизмом (3-я группа РДА по О. С. Никольской и схожие с ней состояния — в частности, синдром Аспергера) происходит «поломка» всей системы аффективной регуляции или грубое искажение взаимодействия именно этого уровня аффективной регуляции, именно таким детям достаточно часто, особенно в раннем и дошкольном возрасте ошибочно выставляется диагноз «СДВГ».

То есть для этой категории детей двигательная расторможенность является компенсаторной реакцией на психическое истощение, наступающее у детей этой группы достаточно быстро, а двигательное возбуждение можно считать компенсаторным и *реактивным*.

Таким образом, при анализе детей первой и второй групп имели место существенные различия по всем выделяемым нами параметрам, за исключением работоспособности — она чаще всего была недостаточной у детей обеих групп.

При этом выявлен специфичный для каждой группы детей *профиль базовой аффективной регуляции*:

- повышения выносливости отдельных уровней (гиперфункция) для детей первой группы;
- повышения их чувствительности (гипофункция) для детей второй группы.

Эти различия в аффективном «статусе» детей первой и второй выделяемых нами групп рассматриваются нами как *ведущие механизмы выявляемых особенностей поведения* в обоих случаях.

Такое понимание принципиально различных механизмов поведенческой дизадаптации позволяет разработать для двух обсуждаемых вариантов поведенческих проблем специфичные, *принципиально различные* по своей сути подходы и методы психологической коррекции. Понимание принципиально различных причин и механизмов поведенческой дизадаптации позволило разработать для двух обсуждаемых вариантов поведенческих проблем специфичные, принципиально различные по своей сути подходы к методам и технологиям психологической коррекции.

К **третьей группе** были отнесены дети, имеющие более тяжелые нарушения ЦНС, обуславливающие целый комплекс поведенческих и интеллектуальных нарушений, специфичных для аффективно-возбудимого типа тотального недоразвития психических функций. Коррекционная работа психолога в этих случаях не являлась специфичной.

Опираясь на понимание психологических механизмов, лежащих в основе подобных типов отклоняющегося развития, на основе общего представления об общих и специфических закономерностях были разработаны наиболее адекватные направления коррекционной работы с детьми, двух первых исследуемых категорий, с учетом понимания механизмов нарушения адаптации.

Библиографический список

1. Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях: метод. пособие. М.: Изд-во ИПТ, 2003. 92 с.
2. Дробинская А. О. Школьные трудности «нестандартных» детей: учеб.-метод. пособие. М.: Школа-Пресс, 1999. 144 с.
3. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка с гиперактивностью и дефицитом внимания: учеб.-метод. пособие. М.: Школа-Пресс, 2000. 112 с.
4. Никольская О. С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма: монография. М.: Изд-во Центра лечебной педагогики, 2000. 364 с.
5. Семаго Н. Я., Чиркова О. Ю. Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие: монография. М.: Генезис, 2011. 288 с.
6. Лебединский В. В., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинз М. М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция: коллективная монография. М.: Изд-во МГУ, 1990.
7. Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горяинова Т. Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей: метод. пособие. СПб.: Салит-Медкнига, 2002. 128 с.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ И КОМПЛАЕНС У БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Сорокин М. Ю., Лутова Н. Б., д. м. н.,
 Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева,
 Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Исследование посвящено изучению взаимосвязи структуры мотивации к лечению и параметров комплаенса у психически больных.

Ключевые слова

Комплаенс в психиатрии, структура мотивации к лечению, взаимосвязь мотивации и комплаенса.

STRUCTURE FEATURES OF MOTIVATION FOR TREATMENT AND PATIENT'S COMPLIANCE DURING PHARMACOTHERAPY

Sorokin M. Y., Lutova N. B., MD,
V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The purpose of the study is to reveal the impact of motivation structure on different aspects of compliance in psychiatric patients.

Key words

Medication compliance in psychiatry, structure of motivation for treatment, correlations between motivation and compliance.

Проблема нон-комплаенса широко распространена среди психотических пациентов: до 50% больных не следуют рекомендациям врачей [4]. Среди пациентов с личностными расстройствами его уровень также высок: 37% [8]. Низкая приверженность лечению проявляется в уклонениях от визитов к врачу, прекращении поддерживающей терапии, отказах от лечения. Они, в свою очередь, ассоциируются с рецидивированием симптоматики, регоспитализациями, риском суицидов и проявлениями агрессии [5, 7]. Поэтому, все большее количество исследований адресуются выявлению факторов, способных повысить комплаентность. Среди них мотивация к лечению является одним из динамических, то есть подверженных целенаправленному изменению факторов [3, 6, 9]. Целью данного исследования было выявление специфических особенностей структуры мотивации к лечению у психиатрических больных и изучение их влияния на приверженность лечению.

Материал и методы. Обследовали 157 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами СПб НИПНИ им. Бехтерева. Среди них: больных из рубрики F2 (по МКБ – 10) – 79%, рубрики F3 – 13% рубрик F4 и F6 – 5%, рубрики F0 – 3%. Средний возраст составил 34,5 года. У участников исследования собирались краткие анамнестические сведения. Пациенты заполняли опросник оценки уровня мотивации к лечению.

Опросник базируется на разработанный в отделении шкале мотивации больного к психофармакотерапии. В нём в соответствии с динамикой интенсивности выделены 6 уровней мотивации к лечению: 1 – мотивация отсутствует, формальное согласие получать лечение, 2 – мотивация преимущественно внешняя, определяемая давлением близкого окружения больного, 3 – формирование собственной мотивации к лечению, фундированной субъективным страданием от заболевания, 4 – устойчивая внутренняя мотивация к лечению, осознанное обращение за психиатрической

помощью, 5 – мотивация, основанная на правильной внутренней картине болезни и понимании необходимости собственного участия в оптимизации социального приспособления наряду с проведением психофармакотерапии, 6 – стабильная мотивация к длительной фармако-психотерапии. Динамическая последовательность уровней мотивации отражает выраженность ведущих мотивационных паттернов и делает инструмент чувствительным не только к количественным, но и качественным изменениям направлении от внешней к внутренней мотивации к лечению. Опросник обладает хорошими психометрическими свойствами (α Кронбаха 0,869–0,873) [1]. Он содержит 21 утверждение, описывающее приведённые уровни мотивации к лечению и шкалу Ликерта для оценки значимости каждого из пунктов и их общей суммы.

В качестве инструмента объективации клинико-динамических характеристик лечебного процесса применялась шкала медикаментозного комплаенса (ШМК) [2]. Она позволяет врачу провести оценку приверженности больного лечению в 4 подсистемах: отношение к медикации, связанных с пациентом, окружением больного и с врачом. Статистическая обработка проводилась с использованием корреляционного анализа (Пирсона, Спирмена). Параметры распределения оценивались с помощью теста Колмогорова-Смирнова.

Результаты. Установлена положительная корреляционная взаимосвязь между увеличением внутренней мотивации к лечению, определяемой давлением страданием (3 уровень) и комплаентным поведением больного (табл. 1). Причем, это происходит в основном за счет подсистем, отражающих качество терапевтического альянса (субшкала «факторы, связанные с врачом») и отношения пациента к медикации (субшкала «отношение к медикации»). Обнаружено, что внешняя мотивация к лечению (2 уровень) имеет отрицательную корреляцию с подсистемой ШМК, связанной с пациентом, а устойчивая мотивация на

длительную поддерживающую терапию (6 уровень) положительно коррелирует с факторами комплайенса, связанными с окружением. В совокупности эти данные объективируют роль окружения больного в обеспечении мотивации к лечению, в особенности у группы больных с выраженными нарушениями.

Дальнейшее исследование взаимосвязей между отдельными пунктами Шкалы комплайенса и различными уровнями мотивации к лечению позволило детализировать портрет больного (табл. 2).

Показательно, что для пациентов, демонстрирующих отсутствие мотивации к лечению (1 уровень, оцениваются обратные показатели) обнаружено снижение заинтересованности в приёме лекарств (п. 1.2 ШМК).

Полученные результаты также демонстрируют, что для больных, у которых преобладает высокий уровень внешней мотивации к лечению (2 уровень), свойственны высокий уровень негативной симптоматики (п. 2.3 ШМК), низкий уровень глобального функционирования (п. 2.7), а также высокая частота рецидивирования (п. 2.4), негативное отношение к принимаемым ранее препаратам, и низкая оценка эффективности текущего лечения (пп. 1.6, 1.7, 1.8).

Интроецирование внешней мотивации, сопровождаемое формированием внутренней мотивации (3 уровень), коррелирует с важнейшей составляющей лечебного процесса — качественным терапевтическим альянсом (п. 4.1 ШМК), самостоятельным и заинтересованным приёмом лекарств (пп. 1.1, 1.2), отсутствием нарушений режима приема лекарств в анамнезе (п. 1.5). Дальнейшее углубление внутренней мотивации к лечению (уровень 4) связано с тенденцией к снижению опасений, связанных с побочным действием психотропных препаратов (п. 1.3 ШМК; $p = 0,55$).

В тоже время, препятствием к достижению мотивации, основанной на правильной внутренней картине болезни и собственного участия (уровень 5) может стать отсутствие заинтересованности в приёме лекарств (п. 1.2 ШМК). Поддержанию стабильной мотивации к длительной фармако-психотерапии (уровень 6) может мешать недостаточное осознание болезни (п. 2.1), напротив благотворным является адекватное отношение к лечебному процессу близкого окружения больного (п. 3.2).

В итоге, суммарные показатели мотивации к лечению положительно взаимосвязаны со снижением опасений перед психофармакотерапией, удовлетворённостью текущей терапией и лучшим осознанием болезни (пп. 1.3, 1.8, 2.1).

Выводы. Структура мотивации к лечению у психически больных находится в значительной зависимости от клинико-психологических параметров пациентов и специфическим образом влияет на медикаментозный комплайенс.

Наличие внутренней мотивации и её укрепление связаны с повышением общего уровня комплайенса, а также усилением показателей отдельных подсистем: в частности отношение больного к медикации и терапевтический альянс. Причём, по мере укрепления внутренней мотивации несколько меняются акценты, связанные с комплаентностью: снижаются опасения относительно действия лекарств.

Адекватная поддержка близкого окружения оказывается значимой в двух случаях: у пациентов с неблагоприятным типом течения заболевания она становится «внешним мотиватором», компенсируя дефицит собственной мотивации больных, а при наличии изначально высокого уровня мотивации к лечению становится поддерживающим её фактором.

Таблица 1

	уровень мотивации		
	2	3	6
Отношение к медикации		0,25**	
Факторы, связанные с пациентом	-0,20*		
Факторы, связанные с врачом		0,17*	
Факторы, связанные с окружением			0,19*
Суммарный балл комплайенса	-0,17*	0,23**	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Таблица 2

		Разделы Шкалы медикаментозного комплайенса (ШМК)												
		1.1	1.2	1.3	1.5	1.6	1.7	1.8	2.1	2.3	2.4	2.7	3.2	4.1
Уровни мотивации	1		0,16*											
	2					-0,17*	-0,23*	-0,18*		-0,22**	-0,16*	-0,22**		
	3	0,18*	0,18*		0,17*									0,18*
	4			0,15										
	5		-0,17*											
	6								-0,16*					0,19*
Суммарный балл мотивации				0,20*				0,17*	0,17*					

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Библиографический список

1. Сорокин М. Ю., Лутова Н. Б., Вид В. Д. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016. № 4. Вып. 1. С. 32–36.
2. Лутова Н. Б., Незнанов Н. Г., Вид В. Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. № 1. С. 8–13.
3. Centorrino F., Hernan M. A., Drago-Ferrante G. et al. Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits // Psychiatr. Serv. 2001. No. 52. P. 378–380.
4. Clayton C. D., Veach J., Macfadden W. et al. Assessment of clinician awareness of nonadherence using a new structured rating scale // J. Psychiatr. Pract. 2010. No. 16. P. 164–169.
5. Delaney C. Reducing recidivism: medication versus psychosocial rehabilitation // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 1998. No. 36. P. 28–34.
6. Drieschner K. H., Lammers S. M. M., van der Staak C. P. F. Treatment motivation: an attempt for clarification of an ambiguous concept // Clin. Psychol. Rev. 2004. No. 23. P. 1115–1137.
7. Lehner R. K., Dopke C. A., Cohen K. et al. Outpatient treatment adherence and serious mental illness: a review of interventions // Am. J. Psychiatr. Rehabil. 2007. No. 10. P. 245–274.
8. McMurrin M., Huband N., Overton E. Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences, and interventions // Clin. Psychol. Rev. 2010. No. 30. P. 277–287.
9. Mulder C. L., Koopmans G. T., Hengeveld M. W. Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients // Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol. 2005. No. 40. P. 484–488.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СВЕТЕ ВЫЯВЛЕННЫХ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Усачева Е. Л., д. м. н, Панкова О. Ф., к. м. н., доцент, Абрамов А. В.,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический
центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой» Департамента
здравоохранения г. Москвы,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В данной статье освещены некоторые аспекты организации оказания психиатрической помощи на базе стационара, с учетом выявленных тенденций в нозологической и половозрастной структуре психических расстройств детско-подросткового возраста за период наблюдения с 1999 по 2015 гг.

Ключевые слова

Дети, подростки, психические расстройства, нозологическая структура, организация здравоохранения, стационарное лечение.

ISSUES OF INPATIENT MENTAL HEALTHCARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS ACCORDING TO MODERN TRENDS

Usacheva E. L., MD, Pankova O. F., PhD (Medicine), Abramov A. V.,
Sukhareva Scientific and Practical Centre for Child and Adolescent Mental Health,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article deals with some aspects of inpatient mental healthcare according to revealed trends in nosological, age and sex structure of child and adolescent mental disorders in the follow-up period from 1999 to 2015.

Key words

Children, adolescents, mental disorders, nosological structure, health management, hospital treatment.

Актуальность проблемы. Отмечено, что наиболее высокие уровни общей заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации приходится на детско-подростковый и юношеский возраст, что требует самого пристального внимания к развитию служб охраны психического здоровья детей

и подростков, включая дальнейший пересмотр подходов к оказанию психиатрической помощи. По мнению некоторых исследователей, учтенные статистические данные отражают не полную картину заболеваемости, поскольку лишь небольшой процент родителей при резко выраженных симптомах психического расстройства обращается за специализированной помощью [2, 3, 4, 5, 7]. Соответственно, обращение за стационарной помощью, как правило, обусловлено выраженной социальной дезадаптацией ребенка и является в представлении родителей одной из крайних мер помощи. В последних научных работах, посвященных совершенствованию организации и качества оказания стационарной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами [1], показано, что для этих целей необходимо изучение структуры и динамики психопатологии во временном диапазоне, чему и посвящено настоящее исследование.

В тоже время, с нашей точки зрения представляется полезным, предвосхищая переход на МКБ-11 проанализировать результаты работы в рамках десятилетнего пересмотра международной квалификации с целью проведения дальнейших сравнительных исследований.

Цель исследования. Выявление значимых тенденций в нозологической и половозрастной структуре психических расстройств у детей и подростков в начале XX века (период с 1999 по 2015 гг.) с последующим внесением научно обоснованных предложений по оптимизации организации оказания психиатрической стационарной помощи детям и подросткам.

Материалы и методы. Материалом работы являлись данные о пациентах, получавших стационарное лечение на базе ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой» ДЗМ. Группы пациентов формировались и оценивались на основании параметров пола и возраста, представленного возрастными интервалами: 1) менее 7 лет; 2) 7–10 лет, 3) 11–18 лет, а также в соответствии с шифрами диагнозов по МКБ-10. Обработка материала проводилась при помощи таблиц Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В период с 1999 по 2015 г. на стационарном лечении в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой» ДЗМ находилось от 1812 пациентов в 2010 г., до 2571 в 2015 г., в среднем 2038 ± 230 . По гендерному признаку можно отметить стойкое преобладание доли лиц мужского пола над женским практически во всех нозологических рубриках, в соотношении 70 на 30%. В последние три года выявляется умеренная тенденция к росту количества больных женского пола — на 6%.

Оценка возрастной структуры (рис. 1) показала уменьшение числа пациентов старшего возраста (58% в 1999 г., 38% в 2015 г.) и возрастание числа пациентов дошкольного возраста (20% в 1999 г., 38% в 2015 г.) Количество пациентов младшего школьного возраста (7–10 лет) оставалось относительно стабильным.

Полученные данные по нозологическим формам (рис. 2) свидетельствуют о преобладании пациентов с органической патологией, включая симптоматические

психические расстройства (F0), умственной отсталостью (F7) и расстройствами психологического (психического) развития (F8). Доля пациентов с диагнозом «Умственная отсталость», составляющая от 22% до 26%, существенной динамики за рассматриваемый временной период не выявляет. Доля органических расстройств в 1999 г. составляла 40% и к 2015 г. уменьшилась до 16%, в то время как доля расстройств развития выросла с 8% до 36% соответственно.

Следом за этими тремя группами, относительно стабильные показатели (8–12%) отмечаются по шизофрении и другим расстройствам шизофренического спектра (F2). В структуре расстройств данной группы отмечен заметный рост малопрогрессирующих форм шизофрении и шизотипического личностного расстройства (рис. 3). Также относительно стабильными явились невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства 3–4% (F4) и аффективные расстройства (F3) до 2%. Доля эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте (F9) выросла на 2–3% с 6–7% в начале 2000-х, до 10% в 2015 г. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6) от $6 \pm 1\%$ в 1999 г. снизились до статистически незначимого значения менее 1% в 2010 г., что, по-видимому, связано с изменением подхода к постановке диагноза. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5), в частности, нервная анорексия держатся на уровне менее 1%.

Заметные изменения отмечены в группе органических расстройств, включая симптоматические психические расстройства (F0). С 1999 по 2008 год расстройства данной группы составляли порядка 32–34% больных от общего числа стационарных больных. За весь рассматриваемый период отмечается постепенное снижение, как абсолютного, так и процентного количества больных с диагнозами из рассматриваемой рубрики. В 2009 г. доля составляла 18% а в 2015 уже 16%. По гендерному признаку преобладали мальчики в соотношении 80–85% к девочкам 15–20%. Что касается возрастной динамики, то здесь отчетливо прослеживается тенденция к «омоложению», о которой было сказано выше. В 2004 г. доля пациентов младшего школьного возраста составляла 20%, а в 2015 уже 35% на фоне снижения относительных и абсолютных показателей в данной группе. Наиболее частыми в данной группе (от 60% до 75%) были поведенческие расстройства из рубрики F07.8 — Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой (повреждением) и дисфункцией головного мозга.

Наиболее существенные изменения за 16 лет отмечаются в группе расстройств психического (психологического) развития (F8). С 1999 года отмечен рост абсолютного количества пациентов почти в 6 раз, что в процентном выражении от общей доли составило 8%, а в 2015 36%.

Основной массив составляют пациенты с задержками психического развития — от 60% до 70%, кодируемые рубрикой F84.8 «Другие общие расстройства

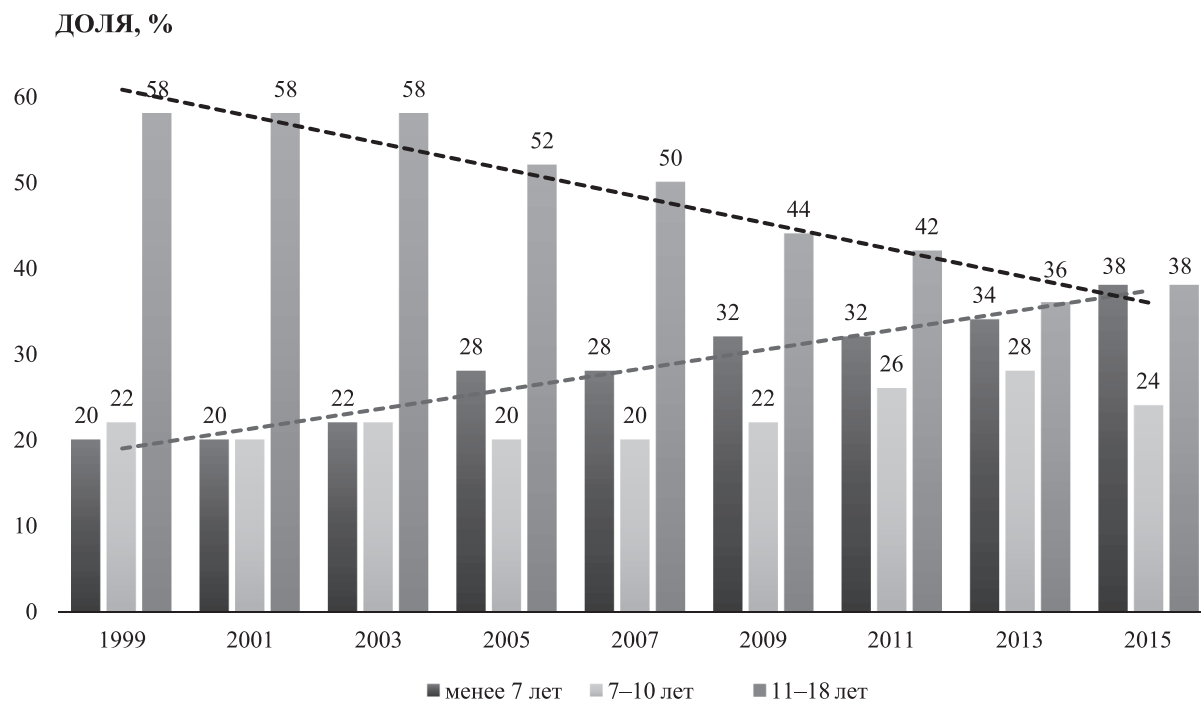


Рис. 1. Динамика изменений возрастной структуры пациентов

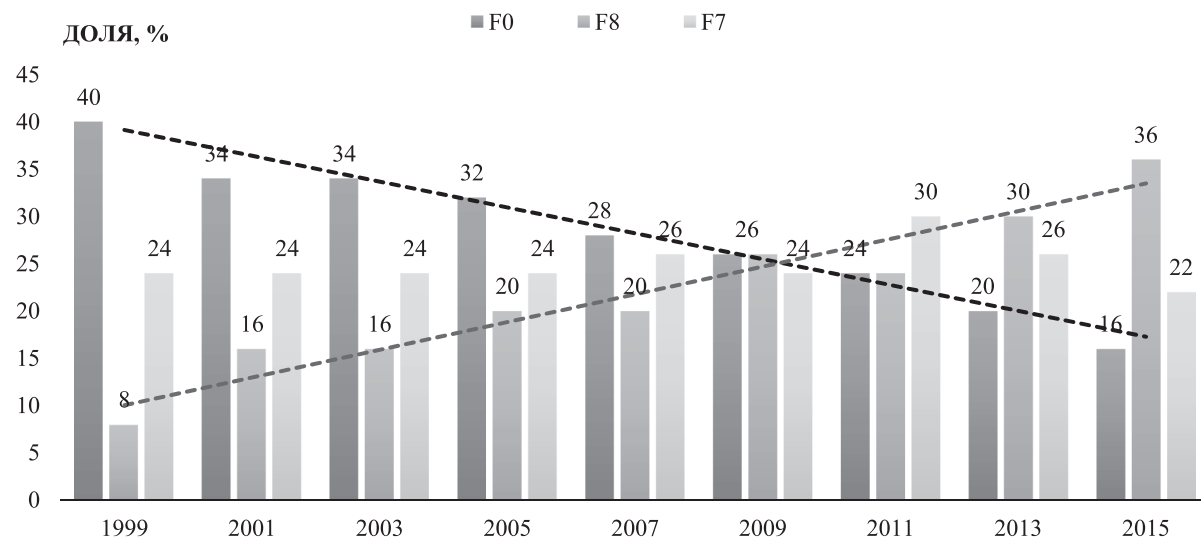


Рис. 2. Тенденции в наиболее распространенных нозологических группах пациентов

развития». По нашему мнению пациенты данной группы требуют более тщательной оценки психопатологической структуры, с целью разработки дифференцированных подходов к оказанию полипрофессиональной помощи как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах лечения. Выросло также и количество пациентов с расстройствами аутистического спектра: с 2% в 1999 до 12% в 2015 от общего числа больных. Внутри рубрики процент пациентов данной группы вырос с 23% до 34%. Что касается внутренней структуры расстройств аутистического спектра, то можно отметить уменьшение доли классических «типичных» вариантов аутизма с 80% в 1999 до 30–45% в 2012–2015 гг. Отмеченный рост абсолютного числа пациентов данного раздела, связан, по-видимому, с увеличением количества атипичных форм аутизма. Доля пациентов с сочетанием атипичного аутизма и умственной от-

сталости выросла с 10% в 1999 г. до 27–30% в 2013–2015 гг. Касательно атипичного аутизма без умственной отсталости, можно отметить рост со статистически незначимого уровня менее 1%, до 15–21% в 2013–2015 гг.

Выводы. Таким образом, выявлены устойчивые тенденции перераспределения психических расстройств в детском и подростковом возрасте в сторону «омоложения», которые связаны с ростом патологии развития. Отмечается стойкое преобладание доли лиц мужского пола над женским практически во всех нозологических группах.

Изменения за рассматриваемый период произошли в группе расстройств шизофренического спектра в виде четырехкратного роста непсихотических форм с 10% в 1999 г., до 40% в 2015 г. в рамках шизотипического расстройства.

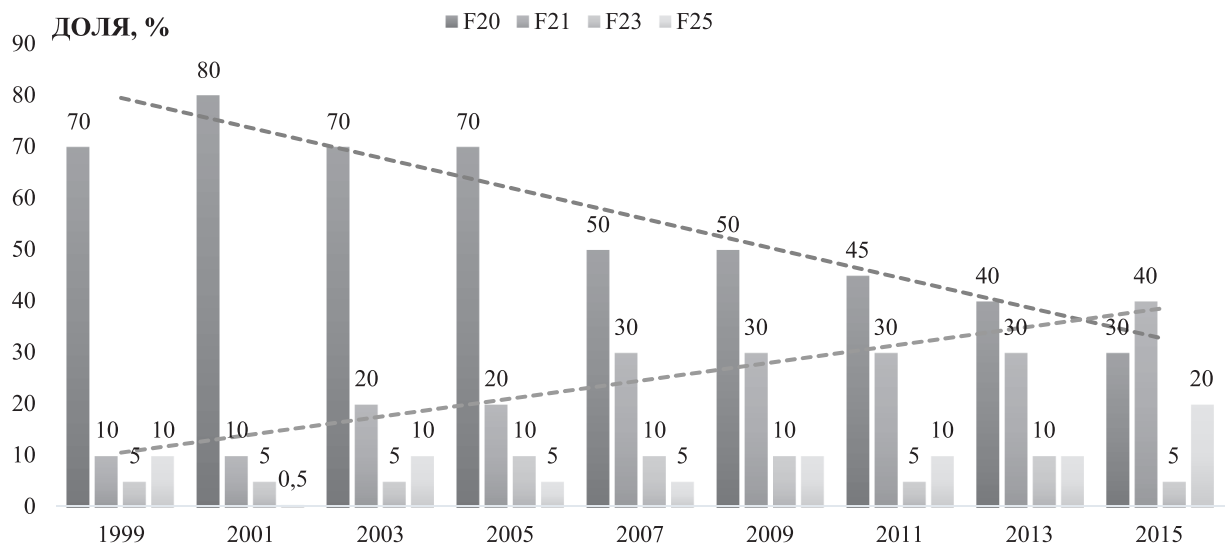


Рис. 3. Структура расстройств шизофренического спектра

Стабильными оставались показатели распространенности умственной отсталости, аффективных и невротических расстройств. Можно предположить данные тенденции в среднесрочной перспек-

тиве, что необходимо учитывать при организации психиатрической помощи, включая помощь смежных специалистов (психологов, логопедов, дефектологов).

Библиографический список

1. Краснов Б. Ю. Научное обоснование совершенствования психиатрической помощи детскому населению современного крупного города (на примере Санкт-Петербурга). Дисс. ... канд. мед. наук, 2015.
2. Макушкин Е. В., Демчева Н. К., Творогова Н. А. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 годах // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2013. 4. С. 10–19.
3. Макушкин Е. В., Демчева Н. К., Творогова Н. А. Психические расстройства в детском подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991–2012 гг. (эпидемиологическое исследование) // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014. 1. Вып. 2. С. 3–14.
4. Сухотина Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // Журн. Неврологии и психиатрии, 2013. 5. Вып. 2. С. 16–22.
5. Пронина Л. А. Эпидемиология психических расстройств у детей и подростков. М.: Медицина. 1985.
6. Пронина Л. А. Эпидемиология психических расстройств. М.: ВЛАДОС, 2005.
7. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б., Бачило Е. В., Исмаилова А. С. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте // Рос. психиатр. журн. 2015. № 6. С. 45–51.
8. Менделевич Б. Д. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения детского населения Российской Федерации // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2009. № 11.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, МЕХАНИЗМЫ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ. ПСИХОСАНОКРЕАТОЛОГИЯ

**Фурдуй Ф. И., д. б. н., академик АН Молдовы, Чокинэ В. К., к. б. н.,
Фурдуй В. Ф., к. б. н., Глижин А. Г., к. б. н., Врание В. Г., к. б. н.
Институт физиологии и санокреатологии АН Молдовы,
Кишинэу, Республика Молдова**

Аннотация

В статье приведены убедительные данные, свидетельствующие о необходимости признания психического здоровья глобальной проблемой, угрожающей существованию общества. Доказывается, что решение проблемы здоровья может быть осуществлено за счет психосанокреатологии, задачей которой является целенаправленное формирование и поддержание психического здоровья.

Ключевые слова

Психическое здоровье, формирование, психосанокреатология, концепция, угрожающая проблема, профилактика.

MENTAL HEALTH, MECHANISMS OF ITS FORMATION AND PREVENTION OF DISORDERS. PSYCHOSANOCREATOLOGY

Furdui T., PhD (Biology), Academician of the ASM, Ciochina V.,
Furdui V., PhD (Biology), Glijin A., PhD (Biology), Vrabie V., PhD (Biology),
Institute of Physiology and Sanocreatology of the Academy of Sciences of Moldova,
Chisinau, Republic of Moldova

Abstract

The article presents convincing data indicating the necessity to recognize mental health as a global issue that threatens the existence of the society. It is demonstrated that the solution to health problems can be achieved by psychosanocreatology which is aimed at creation and maintenance of the mental health.

Key words

Mental health, creation, psychosanocreatology, concept, life-threatening problem, prevention.

Предпосылка признания психического здоровья важнейшей глобальной проблемой, угрожающей прогрессу общества. Психическое здоровье является одной из актуальнейших проблем современного общества не только из-за широкого распространения его расстройств, их бремени для больного и окружающих, неутешительного прогноза на ближайшее будущее, но и из-за малоизученности саногенных и патогенных механизмов его развития, вследствие чего профилактика и лечение большей части психических расстройств и болезней ведется по наитию. Если при этом учесть, что психическое здоровье играет детерминирующую роль в развитии научно-технического прогресса, индекс потери здоровой жизни [DALY] в результате утраты здоровых лет жизни из-за неврологической и психотической патологии, неутешительный прогноз развития психодиссаногений на ближайшее будущее при соответствующей практике спонтанного формирования и поддержания психического здоровья, то становится очевидным, что по своей остроте и значимости проблема психического здоровья стала в один ряд с важнейшими глобальными проблемами науки и практики.

Особую тревогу вызывают данные, подтвержденные ВОЗом, о широком распространении психических расстройств и болезней, среди которых следует отметить: более 500 млн человека страдают психическими расстройствами, что составляет около 14% от всех заболеваний общества [1], около 30% населения планеты страдает от психических расстройств [3, 4, 6]. В США, по сообщению Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями, психическими расстройствами страдают около 31% населения, и они стали «национальной проблемой» общественного здравоохранения, 27% европейцев страдают от психических расстройств [5]. Неутешителен и прогноз развития психических нарушений на ближайшее будущее: по данным ВОЗ к 2030 г. депрессия выйдет на первое место в структуре заболеваемости и станет заболеванием № 1 среди неинфекционных болезней. Согласно данным Института физиологии и санокреатологии АН Молдовы большая часть современного общества находится в состоянии хронического стресса, вызывающего преждевременную общепатологическую, вклю-

чая и психическую деградацию [8]. Глобальные последствия, обусловленные нарушениями психического здоровья, в плане потери экономической продукции, составляют ежегодно до 16,5 млрд долл. США [7].

Учитывая создавшуюся ситуацию, ВОЗ и соответствующие национальные органы предприняли ряд серьезных усилий по повышению эффективности руководства медицинской помощи в плане профилактики и лечения психических расстройств, однако, как видно из вышеприведенных данных, проблема психического здоровья далеко не решена.

Альтернатива существующей системы и стихийного формирования и профилактики психического здоровья. Причин нерешенности проблемы психического здоровья много: это отсутствие надежных знаний о природе феномена психического здоровья, о механизмах его становления, об этиологии и патогенезе психических расстройств и заболеваний, это и высокая лабильность психической активности мозга, стихийное формирование и поддержание психического здоровья, отсутствие общепринятого представления, что понимать под феноменом «психическое здоровье».

Вышеприведенное свидетельствует о необходимости пересмотра существующей стратегии исследования проблемы психического здоровья, организации системы медицинской помощи, а главное, на наш взгляд, о надобности отказаться от традиции *стихийного* формирования и поддержания психического здоровья в пользу новой стратегии, альтернативой которой является психосанокреатология — новое направление в санокреатологии, с основной задачей, состоящей в разработке теории и практики *целенаправленного* формирования, поддержания психического здоровья и предупреждения преждевременной его деградации [2]. Эти задачи, основные принципы ранее не ставились и не решались другими науками и дисциплинами. С позиции психосанокреатологии, суть феномена психического здоровья, механизмы и пути его формирования и поддержания на различных этапах роста и развития организма, основная феноменология его экстернизации, рефлексирована в нижеприведенной психосанокреатологической концепции, согласно которой: психическое здоровье человека

представляет собой интегрированное сложное многомерное (нейрофизиологический, когнитивный, коммуникативный, эмоционально-чувственный, социально-поведенческий и личностно-смысловой компоненты) относительно устойчивое состояние высшей деятельности нервной системы организма с личностными характеристиками, предпосылкой становления которого является структурная цельность и функциональность центральной нервной системы и генетическая программа развития, реализуемая вследствие взаимодействия эмбриона и плода с организмом матери в антенатальном периоде, ребенка и матери — в постнатальном периоде, влияния психо-социальной среды в процессе ознакомления с окружающим миром и ассимиляцией знаний в ходе научения, работы и творческой деятельности *за счет механизмов*:

I) модуляции функций нейрофизиологической интегральной системы и нейрохимической системы мозга, генетически детерминированных и зависимых от влияния ансамбля факторов среды;

II) системогенеза психофункциональных систем, формирующихся в онтогенезе в процессе познавательной, социальной, трудовой и другой деятельности;

III) образования оценочно-исполнительных систем за счет прогнозируемой функции эмоций в процессе действия психогенных факторов и оценки адекватности своих и чужих действий, степени тревожности или благоприятности для жизнедеятельности организма и *проявляющихся*:

- 1) интегрированностью психических процессов;
- 2) адекватным психическим отражением мозгом внутренней среды организма через потребности, ощущения удовольствия-неудовольствия, ощущения боли и др.;
- 3) адекватным психическим отражением мозгом внешней среды через «совершенные» чувственные образы объективной реальности, когнитивные процессы, отражающие реальный мир, понятия, навыки, представления, осознанное поведение и деятельность, соответствующую

характеру жизненных условий, ориентирование в социуме, коммуникабельность, социализация, уравнивание эмоционально-волевой сферы, способности к произвольной регуляции своих психических процессов;

- 4) креативностью;
- 5) потребностью противостоять воздействиям и намерениям, могущим нанести вред себе, обществу или природе;
- 6) личностно-смысловой идентичностью;

IV) триггером формирования и поддержания психического здоровья является потребность, установка, мотивация и целенаправленная психо-социальная активность [10].

Доказательствами реальности реализации основных положений психосанокреатологии служат:

- 1) факты модификации уровня психического здоровья в процессе онтогенеза под влиянием социальных и других факторов;
- 2) вся повседневная психическая деятельность человека, за исключением безусловных рефлексов, не врожденная, а приобретенная в результате обучения;
- 3) зависимость качества реализации генетически детерминированных потенциалов от особенностей среды жизнедеятельности индивида;
- 4) научные и практические результаты более чем десятилетних исследований Института физиологии и санокреатологии АН Молдовы по развитию психосанокреатологии [9].

На базе основных теоретических и практических положений психосанокреатологии стало возможным разработать основные пути и механизмы формирования и поддержания психического здоровья в различные периоды онтогенеза, классифицировать его уровни, установить характерную для каждого из них феноменологию, определить детерминирующие саногенные и диссаногенные факторы, данные, которые свидетельствуют о перспективности психосанокреатологии в решении проблемы психического здоровья.

Библиографический список

1. *Eliot S.* Total Health for all in the 21st century integrating primary care mental health and public health // Dignity and Mental Health, World Mental Health Day. 2015. P. 16–17.
2. *Furdui T., Ciocina V.* Psychosanocreatology is an alternative of the existing conceptions of the formation and the maintenance of psychic health // Neuroscience for Medicine and Psychology: abstract book of the IX International Interdisciplinary Congress. Sudak, Crimea. 2013. P. 348.
3. *Ibizaro G. et al.* Dignity and Mental Health—Transforming the Workforce // Dignity and Mental Health, World Mental Health Day. 2015. P. 39–43.
4. *Kohn R. et al.* The treatment gap in the mental health care // Bulletin of the World Health Organization. 2004, 82. P. 858–866.
5. *Kreyenbuhl J. et al.* Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature // Schizophrenia Bulletin. 2009, 35(4). P. 669–703.
6. Millennium development goals.—<http://www.un.org/millenniumgoals> (дата обращения 18.04.2016).
7. World Economic Forum, the Harvard School of Public Health // The global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva, World Economic Forum, 2011. P. 46.
8. Стресс, адаптация, функциональные нарушения и санокреатология: сб. науч. тр. Кишинэу: Cartea Moldovei, 1999. 207 с.
9. *Фурдуй Ф.И. и др.* Научные и практические основы санокреатологии. Т1. Проблема здоровья. Санокреатология. Потребность общества в ее развитии. Кишинэу: Типография АНМ, 2016. 250 с.
10. *Фурдуй Ф.И., Фрунзе Р.И., Чокинэ В.К.* Новая концепция о психическом здоровье и его типологии с позиции санокреатологии // Физиология и здоровье человека: сб. науч. тр. II Съезда физиологов СНГ. Москва—Кишинэу: Медицина — Здоровье, 2008. С. 241.

EARLY DETECTION AND IDENTIFICATION OF MENTAL DISORDERS: THE CHINESE EXPERIENCE WITH NEUROLOGICAL SIGNS

Chan R. C. K., Dr., Professor,
Neuropsychology and Applied Cognitive Neuroscience Laboratory,
Key Laboratory of Mental Health, Institute of Psychology,
Chinese Academy of Sciences,
Beijing, China,

Pöppel E., Dr., Professor,
Institute of Medical Psychology and Human Science Center,
Ludwig-Maximilians-Universität Munich, Germany

Abstract

Schizophrenia is conceptualized as a neurodevelopmental disorder characterized by anomalies in both cognitive and neurological dysfunctions. This seminal paper highlights the sensitivity and specificity, the neural correlates and heritability of neurological soft signs (NSS) in schizophrenia. The quick, quantifiable, sensitive and specific user-friendly measure of NSS is useful for the early detection and screening of schizophrenia in developing countries or countries with large population.

Key words

Mental disorders, schizophrenia, biomarkers, endophenotypes, neurological soft signs, early identification, developing countries.

The Grand Challenges in Global Mental Health.

Mental health issue has been one of the main challenges worldwide. The caring cost for the mental health issues is substantial and estimated 7.4% of the world's measurable burden of disease (Murray et al., 2012). Both neurodevelopmental and neurodegenerative disorders such as schizophrenia and dementia together with other mental, neurological and substance-use disorders have totaled 13% of the global burden of disease that exceeds the major non-communicable diseases such as cancers and cardiovascular disease (WHO, 2008). Schizophrenia has been consistently ranked as the top three of the global burden in high-income countries, low- and middle-income countries, or worldwide (Collins et al., 2011).

Here we argue neurological soft signs (NSS) are one of the promising biomarkers for schizophrenia spectrum disorders. These signs also fulfill the main principles of addressing the grand challenges of mental health mentioned above. In particular, we highlight the issue of sensitivity and specificity, the neural correlates and heritability of NSS in schizophrenia. Finally, a databank specifically developed to highlight the utility of NSS for early detection and identification in mainland China.

NSS as a Biomarker for Schizophrenia.

Schizophrenia is a neurodevelopmental or brain disorder that characterized by a range of cognitive and neurophysiological deficits (de Wilde et al., 2007; Heinrich and Zakzanis, 1998). NSS are traditionally defined as a subset of neurological anomalies that were previously believed to be "soft" in nature and have no "localizable" neural substrates (Bombin et al., 2005; Heinrichs & Buchanan, 1988). Examples of these signs include motor coordination (e.g., simple finger tapping, rapid finger opposition, fist-edge-palm), sensory integration (e.g., finger agnosia, extinction, left-right orientation),

and disinhibition (e.g., saccade head movement, wink, mirror movement). However, increasing evidence has shown that there are "hard" structural and functional connectivity underlying the NSS (Zhao et al., 2014). NSS have been considered to be promising endophenotypes for schizophrenia spectrum disorders, i.e., a phenotype that is associated with both the genetic and clinical syndromes of the illness (Tsuang et al., 1999; Bombin et al., 2005; Chan and Gottesman, 2008).

The administration of NSS assessment is less than 10 mins and can be administered at bedside or some other non-clinical settings easily. It is also less demanding for the clinicians to learn the skills of the assessment to obtain a high inter-rater reliability (usually around 0.8 or above) (Chan and Gottesman, 2008). Compared to the conventional neuropsychological assessment that usually last for more than 2–3 hours on average, and even longer depending on the nature and content of the neuropsychological batteries, the brevity of NSS assessment makes it feasible for frontline clinicians and primary health-care professionals to screen for neurocognitive dysfunctions in patients with schizophrenia.

Sensitivity and Specificity of NSS across the Schizophrenia Spectrum Disorders. NSS have been consistently demonstrated in patients with schizophrenia at different stages of the illness (Bombin et al., 2005; Chan and Gottesman, 2008). A meta-analysis of 34 studies of schizophrenia-control comparison indicated that large to extreme large effect sizes of NSS impairments have been evidenced in schizophrenia patients (Cohen's *d* ranges from 0.85 to 1.61) (Chan et al., 2010a). Moreover, patients with first-episode schizophrenia showed very similar prevalence of NSS (Cohen's *d* ranges from 0.68 to 1.53) compared to patients with chronic schizophrenia (Cohen's *d* ranges

from 0.87 to 1.61). These findings suggested that the prevalence of NSS found in patients with schizophrenia may not have been confounded by antipsychotic medications. Chan et al. (2010a) further showed that significant correlations were found between NSS total score, NSS subscale scores of motor coordination, sensory integration, and disinhibition, and clinical symptoms. These findings suggest that NSS (including total scores and subscale scores) have significant relationship with clinical symptoms in schizophrenia patients, particularly negative symptoms. Another meta-analysis (Chan et al., 2010b) examining the NSS impairments in unaffected first-degree relatives of schizophrenia also found comparable NSS impairments (Cohen's d 0.97) in the first-degree relatives compared to healthy controls. These findings suggested that NSS are familial in nature and are sensitive to discriminate unaffected first-degree relatives of the clinical probands from healthy controls.

Besides sensitivity, NSS have also been shown to have reasonable good specificity. Zhao et al. (2013) adopted a stringent study design to well-match clinical cases of schizophrenia, bipolar disorders, and major depression, and found that NSS were only significantly present in patients with schizophrenia and those with bipolar disorders comorbid with psychotic symptoms but not major depression patients and controls. A subsequent recruiting large-scale population-based study combining clinical, sub-clinical, and healthy subjects with unified NSS assessment and careful matching was conducted by Chan et al. (2016). These authors showed that continuous variability of NSS in schizophrenia spectrum disorders (738 patients with schizophrenia, 256 at-risk individuals with schizotypy, and 155 non-psychotic first-degree relatives) compared to 1577 demographically matched healthy controls, and support the diagnostic specificity of NSS in schizophrenia compared to 379 patients with bipolar disorders and major depression, and obsessive-compulsive disorders. Furthermore, the age-and-NSS relationship in schizophrenia patients was represented by a flat but overall elevated pattern, in contrast to a U-shaped pattern in healthy individuals. In sum, NSSs capture a moderate portion of psychosis proneness with reasonable specificity. These findings support the clinical utility of NSS in early diagnosis of schizophrenia patients.

Brain Structural and Functional Connectivity Associated with NSS. The most recent functional imaging findings have shown there is a strong link between NSS and brain structures like the inferior frontal gyrus, the superior temporal gyrus, the anterior cingulate gyrus, and other subcortical regions (Zhao et al., 2014). Zhao et al. (2014) conducted a meta-analysis on the structural and functional imaging findings of NSS in patients with schizophrenia. Their findings indicated that NSS were associated with both specific brain regions. In particular, a grey matter volume reduction at the precentral gyrus, the cerebellum, the inferior frontal gyrus, and a reduced white matter at the temporal lobe, the cerebellum, and the inferior frontal gyrus. On the other hand, functional imaging findings revealed that NSS (the disinhibition item of go-nogo task) was sig-

nificantly associated with hypoactivation at the inferior frontal gyrus, the bilateral putamen, the cerebellum and the hyperactivation at the superior temporal gyrus. These brain regions and functional were mainly referred to the "cerebello-thalamo-prefrontal" network or the "cortico-cerebellar-thalamic-cortical" circuit that explain the diversity of symptoms observed in schizophrenia (Andreassen et al., 1998; Zhao et al., 2014). Moreover, similar impairment in the functional connectivity was also demonstrated in unaffected first-degree relatives of patients with schizophrenia when they were asked to perform a motor coordination item, namely the Fist-Edge-Palm, inside the brain scanner (Chan et al., 2015). Taken together, these imaging findings highlight the underlying neural basis of NSS impairments observed in patients with schizophrenia and their unaffected first-degree relatives.

Heritability and Genetic Correlates of NSS. Findings from Caucasian sample (Sanders et al., 2004) indicated significant heritability estimates of NSS, particularly in items concerning motor coordination and complex motor sequencing such as the alternating fist-palm test (h^2 0.77), and go-ongo task (h^2 0.93), and rapid alternating movement (h^2 0.99). Audio-visual integration was the only sensory integration item found to be heritable (h^2 0.79) in that sample. The healthy Chinese twins data (Xu et al., 2016) also indicates that a similar heritability of NSS in the motor coordination (h^2 0.58) and sensory integration (h^2 0.57). These findings suggest that NSS were heritable both at behavioural and neural levels with small to modest effect sizes in healthy twins data. Clinical data suggest a high heritability effect size in schizophrenia patients and first-degree relatives.

Future Implications. The aforementioned behavioural and neuroimaging findings highlight the uniqueness of NSS in schizophrenia spectrum disorders. It is particularly important for the excellent sensitivity and specificity of these signs to discriminate their clinical phenotypes from other mental disorders. It is equally notable that the unique developmental trajectory of NSS across the lifespan and the brevity of administration of NSS assessment all follow the general principles of the strategic plans to address the grand challenges of global mental health. It is particularly useful for developing countries (Chan et al., 2010c). A consortium for the Human Information and Neurocognitive Endophenotype (CHINE) (Chan, 2011) has been established in mainland China in order to push forward the application of this valid and promising marker or endophenotype for the investigation into the etiology of schizophrenia, and perhaps even more importantly, into new strategies for early detection, intervention and prevention in the near future.

Acknowledgements. Raymond Chan was supported by the Beijing Training Project for the Leading Talents in S & T (Z151100000315020), the Key Laboratory of Mental Health, Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, and the CAS/SAFEA International Partnership Programme for Creative Research Teams (Y2CX131003).

Bibliography

1. *Andreasen N.C., Paradiso S., O'Leary D.S.* "Cognitive Dysmetria" as an Integrative Theory of Schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin* 1998. 24(2):203–218.
2. *Bombin I., Arango C., Buchanan R.W.* Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia: Two decades later // *Schizophrenia Bulletin*, 2005. 31(4), 962–977. doi: 10.1093/schbul/sbi028
3. *Chan R. C. K.* Consortium for the Human Information and Neurocognitive Endophenotype (CHINE) in mainland China: An example from neurological soft signs for neuropsychiatric // *Chinese Science Bulletin*, 2011. 56(32). P. 3409–3415.
4. *Chan R. C. K., Gottesman I. I.* Neurological soft signs as candidate endophenotypes for schizophrenia: a shooting star or a Northern star? // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2008. 32. P. 951–957.
5. *Chan R. C. K., Gottesman I. I., Ge X., Sham P.* Strategies for the study of neuropsychiatric disorders using endophenotypes in developing countries: A potential databank from China // *Frontiers in Human Neuroscience*, 2010c. 4. P. 207. doi: 10.3389/fnhum.2010.00207
6. *Chan R. C. K., Huang J., Zhao Q. et al.* Prefrontal cortex connectivity dysfunction in performing the fist-edge-palm task in patients with first-episode schizophrenia and non-psychotic first-degree relatives // *NeuroImage: Clinical*, 2015. 9, 411–417.
7. *Chan R. C. K., Xie W., Geng F. L. et al.* Clinical utility and lifespan profiling of neurological soft signs in schizophrenia spectrum disorders // *Schizophrenia Bulletin*, 2016. 42(3), 560–570.
8. *Chan R. C. K., Xu T., Heinrichs R. W., Yu Y., Gong Q. Y.* Neurological soft signs in non-psychotic first-degree relatives of patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2010b. 34. P. 889–896.
9. *Chan R. C. K., Xu T., Heinrichs R. W., Yu Y., Wang Y.* Neurological soft signs in schizophrenia: a meta-analysis // *Schizophrenia Bulletin*, 2010a. 36(6). P. 1089–1104.
10. *Collins P. Y., Patel V., Joestl S. S.* Grand challenges in global mental health // *Nature*, 2011. 475. P. 27–30.
11. *de Wilde O. M., Bour L. J., Dingerms P. M., Koelman J. H. T. M., Linszen D. H.* A meta-analysis of the P50 studies in patients with schizophrenia and relatives: Differences in methodology between research groups // *Schizophrenia Research*, 2007. 97(1–3). P. 137–151.
12. *Heinrichs D. W., Buchanan R. W.* Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia // *American Journal of Psychiatry*, 1988. 145. P. 11–18.
13. *Heinrichs R. W., Zakzanis K. K.* Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence // *Neuropsychology*, 1998. 12. P. 426–445.
14. *Murray C. J., Vos T., Lozano R. et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. 2012. *Lancet*, 380. P. 2197–2223.
15. *Tsuang M. T., Stone W. S., Seidman L. J. et al.* Treatment of nonpsychotic relatives of patients with schizophrenia: four case studies. *Biological Psychiatry*, 1999. 45. P. 1412–1418.
16. World Health Organization. *The Global Burden of Disease*. 2004. Update WHO, 2008.
17. *Xu T., Wang Y., Li Z. et al.* Heritability and familiarity of neurological soft signs: Evidence from healthy twins, patients with schizophrenia and non-psychotic first-degree relatives // *Psychological Medicine*, 2016. doi:10.1017/S0033291715001580
18. *Zhao Q., Li Z., Huang J. et al.* Neurological Soft Signs Are Not "Soft" in Brain Structure and Functional Networks: Evidence From ALE Meta-Analysis // *Schizophrenia Bulletin*, 2014. 40(3). P. 626–641.
19. *Zhao Q., Ma Y. T., Lui S. S. Y. et al.* Neurological soft signs discriminate schizophrenia from major depression but not bipolar disorder // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2013. 43. P. 72–78.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

MENTAL HEALTH: PSYCHOSOMATIC ASPECTS

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТЕРИОРИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Березовская Е. С., к. б. н., научный сотрудник, Булат О. В., научный сотрудник,
Дидилика И. В., научный сотрудник, Шавдари Л. В., научный сотрудник,
Тросиненко А. В., научный сотрудник,
Институт физиологии и санокреатологии Академии наук Молдовы,
Кишинев, Республика Молдова

Аннотация

Статья посвящена проблемам жизни пациентов с хроническими вирусными заболеваниями печени как одной из острейших проблем национальных систем здравоохранения почти всех стран мира. Была отмечена частая ассоциация хронических вирусных заболеваний печени с нарушением психического здоровья. Предложен вариант систематизации расстройств психического здоровья, характерных для этой группы пациентов.

Ключевые слова

Хронические заболевания печени вирусной этиологии, психическое здоровье, психосанокреатология.

FEATURES OF EXTERIORISATION OF MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL LIVER DISEASES

Berezovscaia E., PhD (Biology), Research Fellow, Bulat O., Research Fellow,
Didilica I., Research Fellow, Shawdary L., Research Fellow,
Trosinenco A., Research Fellow,
The Institute of Physiology and Sanocreatology
of the Academy of Sciences of Moldova,
Chisinau, Republic of Moldova

Abstract

The article is devoted to life issues of patients with chronic viral liver diseases as one of the most acute problems of national health care systems around the world. Frequent association between chronic viral liver disease and mental health problems is noted. A systematization of mental health disorders, characteristic to this group of patients is proposed.

Key words

Chronic viral liver disease, mental health, psyhosanocreatology.

С давних времен печень считали вместилищем жизненной силы, души, любви и гнева. Первые клинические свидетельства ассоциации между заболеваниями печени и психическими расстройствами были описаны Гиппократом в V в. до н. э. [12]. Подтверждением существования тесных связей между функцией

печени и психическим здоровьем человека являются сохранившиеся до наших дней понятия «холерик», «меланхолия» и выражение «желчный человек».

Нарушения психического здоровья (ПЗ) пациентов с хроническими вирусными заболеваниями печени (ХВЗП) являются частыми и существенными пробле-

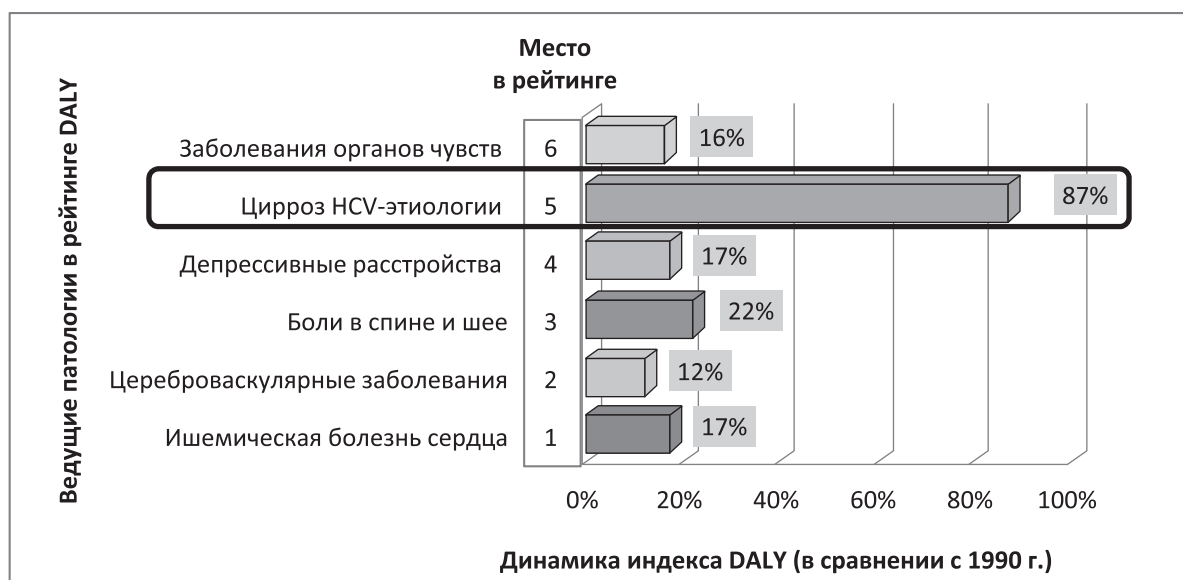


Диаграмма 1. Рейтинг индекса DALY для Р. Молдова в 2013 г. и его динамика (%) в сравнении с 1990 согласно данным Института измерения и оценки показателей здоровья (The Institute for Health Metrics & Evaluation). — <http://www.healthdata.org/moldova>



Схема 1. Расстройства психического статуса пациентов с ХВЗП

мами, кардинально меняющими жизнь больного человека и его близкого окружения. Однако, хотя ряд авторов [2, 5, 6, 10] указывает, что у абсолютного большинства пациентов с ХВЗП выявляются нарушения психического здоровья, следует отметить, что особенности этих нарушений по сегодняшний день недостаточно раскрыты.

На современном этапе вирусные заболевания печени являются одной из острейших проблем национальных систем здравоохранения многих стран мира, их распространенность непрерывно растет. По оцен-

кам ВОЗ, более полумиллиарда человек в мире инфицированы вирусами гепатита В и С, считается, что ХВЗП являются одной из восьми основных причин смерти в мире, ежегодно унося жизни более миллиона человек¹. Являясь краевой патологией Республики Молдова, вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в рейтингах заболеваемости, тяжести течения, хронизации; эволюционируя в циррозы печени, они ведут к повышению инвалидности и смертности [7]. Как видно из диагр. 1, вирусные циррозы занимают пятое место в рейтинге по индексу DALY²,

¹ Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ № 204 Март 2015. — <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/ru/>; Гепатит С. Информационный бюллетень ВОЗ № 164 Апрель 2014. — <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/ru/>

² Индекс DALY — показатель, оценивающий суммарное «бремя болезни», это сумма лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и в результате инвалидности. — <http://www.healthdata.org/moldova>

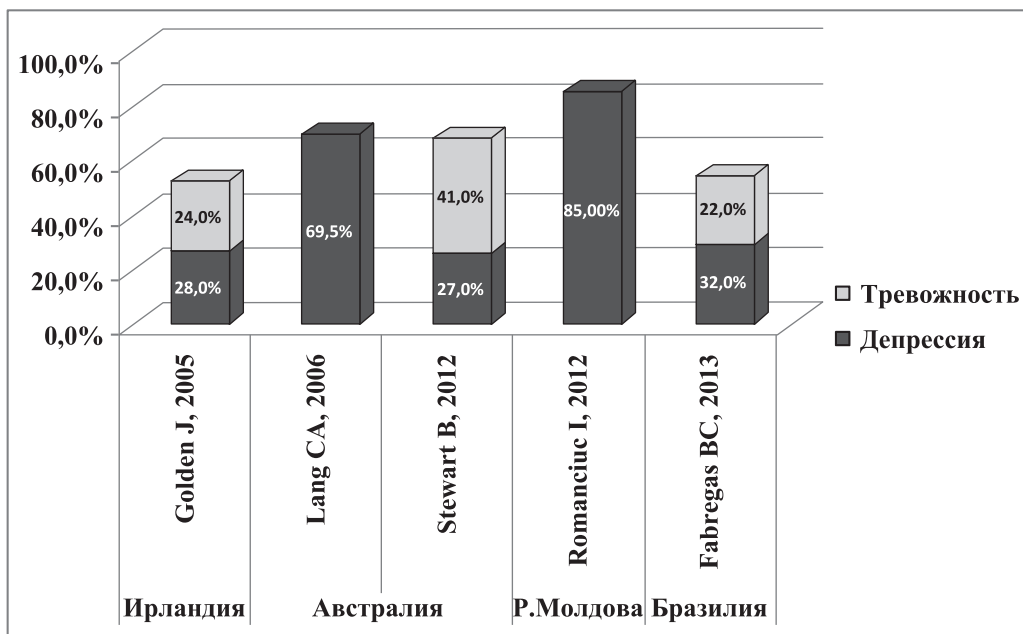


Диаграмма 2. Распространенность депрессии и тревоги у больных ХВЗП

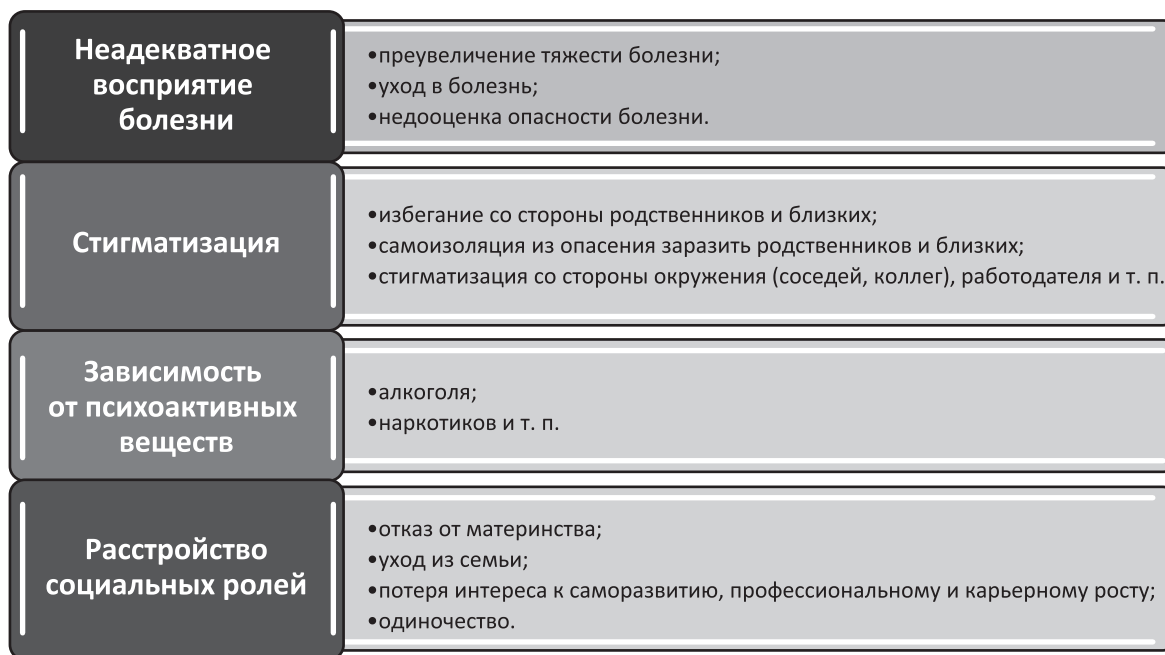


Схема 2. Расстройства социального поведения у пациентов с ХВЗП

причем этот показатель продемонстрировал наиболее интенсивный рост (87%) в течение 23 лет. Вместе с тем вопрос о влиянии данной патологии на ПЗ остается открытым.

Цель данного исследования состояла в выявлении наиболее распространенных нарушений ПЗ у пациентов, страдающих ХВЗП.

Для реализации поставленной цели исследовался широкий спектр расстройств ПЗ при ХВЗП с использованием статистических отчетов организаций здравоохранения и результатов, опубликованных в базах данных PubMed, cyberleninka.ru, Medscape в период 2000–2015 гг.

Было установлено, что при ХВЗП наиболее распространены такие ментальные расстройства, как де-

прессии, тревога, проявления алкогольной или наркотической зависимости и др., значительно снижающие качество жизни больных.

Анализ полученных данных, позволил выделить две категории экстернизации нарушений ПЗ: психическую и социальную.

Наиболее распространенные проявления изменений психической сферы можно классифицировать в четыре группы (схема 1).

Чаще всего у больных ХВЗП встречаются *астенические* и *эмоциональные* расстройства [6, 9]. В начале заболевания они могут быть единственными проявлениями болезни и, сохраняясь на всем ее протяжении, обуславливают ряд проблем в жизнедеятельности пациентов. Интенсивность и виды эксте-

риоризации расстройств отличаются индивидуальностью, этим можно объяснить вариабельность распространенности депрессии и тревоги (диагр. 2) у разных авторов [2, 3, 5, 9, 10]. Следует отметить, что наиболее высокая распространенность депрессии (85%) отмечена у пациентов с патологией печени в условиях Молдовы [9].

Расстройства *сознания, личности и когнитивных функций* чаще встречаются у пациентов с циррозом, их степень проявления может варьировать, но, как правило, соответствует тяжести соматической патологии; при вирусных гепатитах такие расстройства встречаются значительно реже [1, 4].

Расстройства социального поведения представлены многочисленными личностно и социально опосредованными нарушениями ПЗ при хронической вирусной патологии печени, которые можно объединить в 4 группы (схема 2).

Среди них наиболее распространены различные варианты неадекватного отношения пациентов к болезни, которые повышают риск возникновения осложнений и неблагоприятных исходов [13].

Серьезной проблемой для больных является стигматизация со стороны родных и близких: до 2/3 пациентов опасаются заразить родных, а 1/5 отмечает избегание со стороны близких [8, 11]. Это, в свою очередь, вызывает у пациентов чувство вины, неполноценности и способствует их социальной изоляции.

Многие исследователи отмечают высокий процент употребления алкоголя и психоактивных веществ [2,

6] и расстройство социальных ролей: страх родить больного ребенка, заразить супруга и др. [8].

Приведенные данные свидетельствуют о достаточно широком спектре расстройств ПЗ у больных с ХВЗП. У многих пациентов первоначально появляются симптомы из группы астенических и эмоциональных расстройств, которые сохраняются на всем протяжении заболевания. Осознание пациентами факта своего заболевания зачастую приводит к нарушениям различных аспектов жизни с изменением привычного социального поведения. Стигматизация способствует разрушению семейных и социальных отношений человека.

Вместе с тем современная практическая медицина уделяет мало внимания диагностике и лечению психических расстройств сопровождающих ХВЗП. Высокая распространенность психических и социальных нарушений, вариабельность их проявления, несомненно, предполагает необходимость индивидуального подхода в тактике ведения таких больных и использование соответствующих методов коррекции, с учетом экстерниоризации расстройств ментального здоровья и патологии печени.

В связи с этим и учитывая развитие психосанокреатологии [14], стала очевидной необходимость определения конкретного уровня психического здоровья у больных с патологией печени, ввиду этого нами разрабатывается система структурирования феноменологии экстерниоризации психических нарушений с целью классификации индивидуальных уровней психического здоровья при данной патологии с последующим созданием программ индивидуальной коррекции психологического статуса.

Библиографический список

1. *Collie A.* Cognition in liver disease // *J. Liver International.* 2005. No. 25(1). P. 1–8.
2. *Fabregas B. C. et al.* Health related quality of life among patients with chronic hepatitis C: a cross-sectional study of sociodemographic, psychopathological & psychiatric determinants // *Braz J Infect Dis.* 2013. Vol. 17. No. 6. P. 633–639.
3. *Golden J. et al.* Depression and anxiety in patients with hepatitis C: prevalence, detection rates and risk factors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005. No. 27(6). P. 431–438.
4. *Hilsabeck R. C. et al.* Cognitive functioning and psychiatric symptomatology in patients with chronic hepatitis C // *J. of the International Neuropsychological Society.* 2003. No. 9. P. 847–854.
5. *Lang C. A. et al.* Symptom prevalence and clustering of symptoms in people living with chronic hepatitis C infection // *J Pain Symptom Manage.* 2006. No. 31(4). P. 335–344.
6. *Ozkan M. et al.* Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C // *Int J Psychiatry Med.* 2006. No. 36. P. 283–297.
7. *Prisacari V. et al.* Hepatitele virale parenterale și ciroze hepatice—epidemiologia, clinica, diagnosticul, tratamentul, prevenirea și controlul. Ghid. Chișinău, 2013, 160 p.
8. *Rafique I. et al.* Experiences of stigma among hepatitis B and C patients in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan // *East Mediterr Health J.* 2015. No. 20(12). P. 796–803.
9. *Romanciuc I., Lupașco I., Dumbrava V-T.* De ce depinde calitatea vieții pacienților cu hepatite cronice virale? // *Curierul medical.* 2012. No. 3(327). P. 222–224.
10. *Stewart B. et al.* Anxiety and depression in Australian chronic hepatitis C outpatients: prevalence and predictors // *B. Australas Psychiatry.* 2012, Vol. 20(6). P. 496–500.
11. *Zacks S. et al.* Social stigmatization and hepatitis C virus infection // *J. Clin Gastroenterol.* 2006, Vol. 40. No. 3. P. 220–224.
12. Гиппократ. Эпидемии. Избранные книги / Пер. В. И. Руднева, комм. В. П. Карпова. М., 1936. 736 с.
13. *Ильмухина Л. В., Киселева Л. М.* Психологические характеристики больных хроническим вирусным гепатитом старше 50 лет // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. Волгоград, 2009. № 1. С.44–45.
14. *Фурдуй Ф. И., Чокинэ В. К., Фурдуй В. Ф.* Психосанокреатология и уровни психического здоровья. I. Предпосылки разработки системы классификации психического здоровья // *Buletinul AȘM, Științele vieții.* 2014. Nr. 2(323). С. 4–11.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ

Выборных Д. Э., Олексенко Л. В., Хрущев С. О., Шитарева И. В., Моисеева Т. Н.,
ФГБУ Гематологический Научный Центр Минздрава России

Аннотация

Клинико-психопатологическим методом было обследовано 95 больных с лимфогранулематозом. Выявлены психические расстройства как психотического уровня (эндогенноморфные психозы, соматогенно провоцируемые приступы шизофрении), так и нозогенные реакции (тревожно-диссоциативные, гипоманиакальные, диссоциативные, тревожно-коэнестопатические). Отмечено накопление расстройств шизоидного спектра в популяции больных лимфогранулематозом.

Ключевые слова

Лимфогранулематоз, психические расстройства, структура, психозы, нозогенные реакции.

STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN HODGKIN'S DISEASE PATIENTS

Vybornykh D.E., Olexenko L.V., Khrushchev S.O., Shitareva I.V., Moiseeva T.N,
National Research Center for Hematology,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Based on the clinical-psychopathological method, the study examined ninety-five patients with Hodgkin's disease and revealed psychotic mental disorders (endogenomorphic psychoses, somatogenically provoked attacks of schizophrenia) and adjustment disorders (anxiety-dissociative, hypomanic, dissociative, anxiety-koenestopathical). The paper highlights the significant accumulation of schizoid spectrum disorders among Hodgkin's disease patients.

Key words

Hodgkin's disease, mental disorders, structure, psychoses, adjustment disorders.

Введение. Сведения о психических расстройствах, манифестирующих у больных с лимфогранулематозом, достаточно ограничены. Такие расстройства рассматриваются как в рамках соматогенных психозов, так и в пределах нозогенных реакций. Так, по данным D. Stark с соавт. (2002) в исследовании с участием 178 пациентов с неходжкинскими лимфомами, лимфогранулематозом, плазмноклеточными гемобластомами¹, у 16 (7,3%) пациентов зафиксирован делирий [10]. Б. А. Целибеев с соавт. (1964) опубликовали 2 наблюдения соматогенных психозов у больных с лимфогранулематозом². В одном случае отмечался бред отравления, завершившийся в терминальной стадии заболевания аменцией, в другом — психомоторное возбуждение с отрывочными бредовыми идеями, слуховыми и зрительными галлюцинациями в периодах ухудшения соматического состояния развивалось [3]. В. И. Максименко (1967) наблюдал 2 случая соматогенных психозов у больных лимфогранулематозом. В одном случае у больного на фоне соматогенной астении, сопровождавшейся тревогой и подавленно-

стью, развился фантастически-иллюзорный онейроид. В другом наблюдении психопатологическая симптоматика укладывалась в картину гипоактивного делирия (астенические расстройства, к которым присоединялись явления дезориентировки, гипнагогические галлюцинации) [2]. Среди факторов риска развития соматогенных психозов у больных лимфогранулематозом, помимо общих для всех заболеваний системы крови (введение цитостатических препаратов, глюкокортикоидов, вирусного энцефалита и пр.), упоминается т. н. «синдром Офелии» — паранеопластический лимбический энцефалит, описанный у больных лимфогранулематозом [4, 9], на фоне которого вероятно развитие делириозного помрачения сознания [8].

Расстройства, относимые к кругу нозогенных реакций, чрезвычайно разнообразны. Так, J. Devlen с соавт. (1987) обследовали 90 пациентов в среднем через 32 месяца после диагностирования лимфогранулематоза либо неходжкинских лимфом. В результате психиатрического обследования у 48 пациентов (53,3%) установлено тревожное, депрессивное,

¹ Также в эту выборку были включены пациенты со злокачественной меланомой.

² Авторы указывают, что при этом заболевании описания выраженных психотических состояний единичны (корсаковский синдром, делирий).

либо сочетанное тревожно-депрессивное расстройство адаптации, из них у 21 пациента (23,3%) — синдромально завершённое, у 27 (30%) — субсиндромально (пограничного) уровня [6]. М. J. dos Santos с соавт. (1991) обобщили результаты психиатрических консультаций в течение года в гематологическом отделении больницы. Распространённость расстройств адаптации (депрессивных и/или тревожных, критерии DSM-III-R) у больных лимфогранулематозом была оценена на уровне 20% — 40% [7]. В единичных наблюдениях у таких пациентов рассматриваются случаи развития конверсионных расстройств в рамках истеро-депрессивной нозогенной реакции, обусловленной обстоятельствами лимфогранулематоза [5]. В работе R. W. Tsang и соавт. (2001) представлен случай отказа пациентки с аутизмом, страдавшей лимфогранулематозом, от жизненно необходимых инвазивных диагностических и лечебных процедур в связи с возникающими при их выполнении патологическими телесными ощущениями [11]. W. W. Weddington (1982) отмечает, что у больных лимфогранулематозом, получающих полихимиотерапию, нередко возникает психогенная тошнота, иногда со рвотой. Этот феномен автор объясняет как классическое условие для выработки условного рефлекса отвращения в сфере желудочно-кишечного тракта и интерпретирует его с психодинамических позиций («использование» пациентами психогенных симптомов для объяснения избегания химиотерапии) [12].

Материал и методы. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 95 пациентов, страдающих лимфогранулематозом (включались также пациенты, обследованные в рамках работы Д. Э. Выборных (2012) [1], а также данные архивных историй болезни). Результаты исследования подверглись ста-

тистической обработке с использованием лицензионной программы Stat for Windows 5.5.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что эндогенноморфные психозы (галлюцинаторно-параноидные и депрессивно-бредовые состояния) и соматогенно провоцируемые приступы шизофрении у пациентов с лимфогранулематозом встречаются значительно чаще (17 и 6, соответственно), чем делирий, в отличие от других заболеваний системы крови, при которых обнаруживаются противоположные тенденции. Кроме того, лимфогранулематоз является единственным заболеванием системы крови в изученный выборке, при котором выявляются приступы шизофрении. Среди нозогенных реакций у пациентов с лимфогранулематозом были выявлены следующие: тревожно-диссоциативные ($n = 29$) (тревожно-диссоциативные реакции протекают с явлениями феномена отчуждения реального заболевания системы крови и признаками латентной соматизированной тревоги, сопровождающимися аномальным поведением в болезни), гипоманиакальные ($n = 4$), диссоциативные ($n = 25$) (доминирует феномен отчуждения заболевания системы крови, достигающий степени полного отрицания самого факта заболевания системы крови, выявляются грубые когнитивные нарушения, характеризующиеся отчетливой парциальностью, свойственной синдрому псевдодеменции) и тревожно-коэнеопатические ($n = 14$) (выявляются соматогенно и/или психогенно провоцируемые полиморфные функциональные симптомы, патологические телесные ощущения).

Результаты исследования показывают, что в выборке пациентов с лимфогранулематозом накапливаются расстройства шизоидного спектра, что может служить поводом для дальнейшего изучения данного феномена с привлечением как клинических, так и биологических методов исследования.

Библиографический список

1. Выборных Д. Э. Психические расстройства у больных с заболеваниями системы крови (типология, эпидемиология, терапия). Дисс. ... докт. мед. наук. 2012. 324 с.
2. Максименко В. И. Психические и нервные изменения при лимфогранулематозе // Материалы второго всероссийского съезда невропатологов и психиатров. 1967. С. 443–445.
3. Целибеев Б. А., Яшиш И. Л., Окунев В. Н. Психические нарушения при гематологических заболеваниях // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1964. Т. 64, № 8. С. 1192–1197.
4. Carr I. The Ophelia syndrome: memory loss in Hodgkin's disease // Lancet (London, England). 1982. Vol. 1, № 8276. P. 844–845.
5. Davidson P. W. Hysterical dysphemia // Am. J. Psychiatry. 1964. Vol. 121. P. 395–397.
6. Devlen J. et al. Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. I: Retrospective study // Br. Med. J. (Clin. Res. Ed). 1987. Vol. 295. No. 17. P. 953–954.
7. dos Santos M. J. et al. Psychiatric disorders in hospitalized patients with hematologic neoplasms // Acta Med. Port. 1991. Vol. 4. No. 1. P. 5–8.
8. Kung S. et al. Delirium resulting from paraneoplastic limbic encephalitis caused by Hodgkin's disease // Psychosomatics. 2002. Vol. 43. No. 6. P. 498–501.
9. Pfliegler G. et al. Hodgkin's disease and memory loss: another case of the Ophelia syndrome // Br. J. Haematol. 1990. Vol. 74, No. 2. P. 232.
10. Stark D. et al. Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life // J. Clin. Oncol. 2002. Vol. 20. P. 3137–3148.
11. Tsang R. W. et al. Daily general anaesthesia for radiotherapy in unco-operative patients: ingredients for successful management // Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol). 2001. Vol. 13. No. 6. P. 416–421.
12. Weddington W. W. Psychogenic nausea and vomiting associated with termination of cancer chemotherapy // Psychotherapy and psychosomatics. 1982. Vol. 37. P. 129–136.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, КОМОРБИДНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМУ СТРЕССОВОМУ РАССТРОЙСТВУ

Гришина Е. И., к. м. н.,

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения,
Астрахань, Российская Федерация

Аннотация

Перенесенные психотравмирующие события влекут разрушающие последствия как психической, так и соматической сферы. Пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством, сопряженным с артериальной гипертензией демонстрируют более тяжелое течение и низкую курабельность, что диктует необходимость интегративного медикаментозного и психотерапевтического подхода к лечению с учетом этиопатогенетического звена.

Ключевые слова

Посттравматическое стрессовое расстройство, артериальная гипертензия, коморбидность, психотерапия.

INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AND COMORBID POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Grishina E. I., PhD (Medicine),

State Educational Institution of Higher Professional Education (SEI HPE), "Astrakhan State Medical University", Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Department of Narcology, Psychotherapy and Legal Studies, Astrakhan, Russian Federation

Abstract

Psychotraumatic events adversely affect psychic and somatic spheres. Patients with post-traumatic stress disorders, paired with hypertension show a more severe course and low curability. This calls for an integrated medical and psychotherapeutic approach to treatment based on the etiopathogenetic aspect.

Key words

Post-traumatic stressful frustration, arterial hypertension, comorbidity, psychotherapy.

Последнее десятилетие в мире ознаменовано серией различных природных, технологических и социальных катастроф. На мировой арене наблюдаются сильные социальные потрясения: экономический спад, рост безработицы, радикальные политические перемены, локальные военные и национальные конфликты, что не может не сказаться на людях, оказавшихся в эпицентре трагических событий. Прогнозы исследователей во всех областях, свидетельствуют о дальнейшем увеличении экстремальных ситуаций, а, следовательно, и их воздействий на человека, в связи с чем, проблема сохранения здоровья лиц, подвергавшихся экстремальным воздействиям, становится особенно актуальной.

Впервые следствие такой травмы как самостоятельный синдром «Посттравматическое стрессовое

расстройство» (ПТСР) предложил выделить Ноговйт в 1980 г. В МКБ-10 ПТСР под шифром F-43.1 определяется как неспецифическая отсроченная реакция на травматический стресс, способная вызвать психические нарушения.

Уже давно не является предметом дискуссии факт, что воздействие стрессовых событий способствует формированию болезненных состояний психосоматического круга [2, 3, 5, 14]. Болезненные состояния могут возникать не только непосредственно после перенесенной травмы, но и на весьма отдаленных этапах после психотравмирующего события, продолжая влиять на здоровье и в будущем [4, 6, 10]. Психогенные нарушения выполняют роль, не только триггерного механизма для психических расстройств, но и способствуют декомпенсации, утяжеляя уже име-

ющиеся расстройства, как психические, так и соматические. В свою очередь, реакция на болезнь при соматическом заболевании является психологической составляющей, способной менять течение и прогноз заболевания [2].

По мнению Великановой Л.П. [3], «психогенно обусловленные соматические расстройства (психосоматические) занимают промежуточное положение между соматическими и психическими заболеваниями, что значительно усложняет их диагностику и адекватное лечение. Этому способствуют также их нозологическая неспецифичность и многофакторность патогенеза». Особое место среди соматических расстройств занимают сердечно-сосудистые заболевания, среди которых по вкладу в смертность артериальная гипертензия (АГ) занимает первое место [8, 10].

В России около 42,5 млн человек больных АГ (у мужчин — 39,3% случаев, у женщин — 41,1% случаев), из которых в 90% случаев не достигается эффективный контроль уровня артериального давления, что многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, мозговых инсультов (67% случаев), инвалидизации и смерти [9, 12, 13]. Отмечено, что пациенты с психическими нарушениями с сопряженными соматическими заболеваниями демонстрируют более тяжелое течение и курабельность [1]. Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о наличии психических расстройств у пациентов с АГ, обнаруженных вне психиатрической сети [4, 6, 7]. Как правило, соматические проявления маскируют психические расстройства невротического уровня [11]. Данный контингент,

не обращаясь за специализированной психиатрической помощью, выпадает из поля зрения психиатров, а соматологам не всегда удается быть компетентными с такого рода пациентами. Коморбидное течение ПТСР и АГ, хотя и часто встречается, диагностируется и изучается не достаточно активно. В соматической практике случаев коморбидного течения ПТСР и АГ имеются попытки применения психофармакотерапии, но, как правило, без сопровождающего психотерапевтического лечения, а следовательно и без учета этиопатогенетического звена, что не может не влиять на качество оказываемой терапии.

Значительная распространенность АГ, затраты, обусловленные дополнительными лечебно-диагностическими обследованиями, подчас неадресное, а потому малоэффективное лечение, требуют большего внимания к вопросу дифференциации генеза данных нарушений и лечению с учетом имеющихся нервно-психических расстройств [14]. В этом случае профилактика осложнений АГ (кардиальные, мозговые катастрофы и т. д.), а следовательно снижение смертности и инвалидизации, станет возможной при максимально ранней диагностике ее коморбидного течения с ПТСР, и назначения адекватного лечения. Своевременное выявление психопатологической симптоматики характерной для ПТСР, дает возможность выбора наиболее эффективной тактики врача [2].

Особенности течения АГ, коморбидной ПТСР являются основанием для разработки интегративного дифференцированного алгоритма психотерапевтической, психокоррекционной и психопрофилактической интервенции.

Библиографический список

1. Андрющенко А. В. Психические и соматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.
2. Великанова Л. П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект: дисс. ... докт. мед. наук. М. 2008.
3. Великанова Л. П., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы // Социальная и клиническая психиатрия, 2007. Т. 15. № 4. С. 79.
4. Епачинцева Е. М., Семке В. Я., Гарганеева Н. П. К оценке психогенных факторов в генезе посттравматических стрессовых расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. № 1. С. 14–16.
5. Зелтынь А. Е. Роль психической травмы в структуре и динамике расстройств тревожно-депрессивного спектра при ревматоидном артрите: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2010. 18 с.
6. Иванова М. В., Семке В. Я. Социально-психологические и экологические аспекты миграции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2006. № 4(43). С. 81–86.
7. Краснов В. Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 2. С. 5–10.
8. Крюков Н. Н., Габерман О. Е. Распространенность артериальной гипертензии у работников локомотивных бригад // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, 2010. Т. 12. № 1–6. С. 1554–1555.
9. Оганов Р. Г. Артериальная гипертензия: Руководство для врачей. ГЕОТАР Медицина. 2008. 248 с.
10. Подчасов Е. В., Ломакин Г. И. Особенности проявления ПТСР у лиц, принимавших участие в боевых действиях // «Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности» Мат-лы междунар. н.-практ. конф. 15–16 апреля, Владивосток, 2011. с. 67–74.
11. Смилевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2007. 432 с.
12. Чазова И. Е. Распространенность артериальной гипертензии как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний в крупном городе Сибирского федерального округа // Системные гипертензии, 2013. № 4. С. 30–37.
13. Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Константинов В. В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Российский кардиологический журнал, 2006. № 4. С. 45–50.
14. Шевченко Ю. С., Великанова Л. П. Многоуровневая терапия психогенных психосоматических расстройств // Интеграция и эволюция в психотерапии. Достижения, актуальные проблемы и перспективы.: сб. мат. юбил. конф. Санкт-Петербург, 2015. с. 88–90. — welcome@congress-ph.ru wwwcongress-ph.ru (электронное издание).

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Козлова Н. В., д. псих. н., профессор, Левицкая Т. Е., к. псих. н., доцент,
Назметдинова Д. Г., аспирант 1 года обучения,
Национальный Исследовательский Томский государственный университет,
Томск, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлен анализ результатов исследования памяти, внимания, наличия депрессивной симптоматики и мотивации к восстановлению у пациентов, перенесших ишемический инсульт. Выявлено состояние депрессивного расстройства различной степени тяжести, значительные нарушения внимания, оптимальная эффективность мнестических процессов.

Ключевые слова

Ишемический инсульт, память, внимание, уровень депрессии, реабилитация, восстановление локуса контроля.

THE APPRAISAL OF EMOTIONALLY-MOTIVATIONAL SPHERE AND THE COGNITIVE DISORDERS IN POST-STROKE PATIENTS

Kozlova N. V., Psy. D., Professor,
Levitskaya T. Ye., PhD (Psychology), Associate Professor,
Nazmetdinova D. G., First-year Doctoral Student,
National Research Tomsk State University,
Tomsk, Russian Federation

Abstract

This article presents the analysis of the study on memory, attention, existence of depression and recovery locus of control in post-stroke patients. Depressive disorders, significant attention disruptions and relatively effective memory mechanisms were educed.

Key words

Stroke, memory, attention, depression, rehabilitation, recovery locus of control.

В настоящее время сосудистые заболевания головного мозга занимают второе место в структуре общей смертности, уступая только коронарной патологии и опережая опухоли всех локализаций (около 400 тыс. инсультов в год, показатель смертности — до 30%, к труду возвращаются лишь 20% лиц) [1]. По итогам 2014 г. смертность от болезней системы кровообращения составляет 653 на 100 тыс. населения, в Томской области этот показатель — 516,1 на 100 тыс. населения, что немного ниже, чем в 2013 г. К наиболее тяжелым последствиям инсульта относят лево/правосторонние парезы, параличи, проблемы с речью [1, 3]. Однако снижение мотивации к выздоровлению, депрессивная симптоматика, а также нарушения памяти и внимания — все это существенно отражается на восстановлении больного, препятствуя активации социальной и бытовой роли в жизни пациента [1, 3]. Таким образом, ранняя диагностика и своевременная коррекция психоэмоциональных, ко-

гнитивных нарушений, расстройств мотивации имеет существенное значение в комплексе восстановительного лечения пациентов, перенесших инсульт.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе неврологического отделения СибФНКЦ Томского НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России, где пациенты проходили реабилитацию в раннем восстановительном периоде (от 21 суток до 6 мес после перенесенного острого инсульта).

Выборку составили 38 человек: мужчины и женщины в возрасте от 35 до 74 лет ($M = 59,32$; $\sigma = 7,48$) с ишемическим инсультом в бассейне левой или правой мозговой артерии.

Психодиагностические методы: исследование когнитивных нарушений осуществлялось с помощью методик «Черно-красные таблицы Шульце» и «Память на образы» [4]. Изучение психологических составляющих эмоционально-мотивационной сферы проводилось с использованием Шкалы депрессии Бека, ме-

тодики «Восстановление локуса контроля»[2]. Для оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий, проводимых в НИИ курортологии и физиотерапии, пациенты данные методики заполняли дважды: при поступлении в стационар и за 2–3 дня до выписки.

Статистический метод: корреляционный анализ по r -критерию Пирсона в программе Statistica 6.0.

Результаты. Согласно результатам исследования для большинства пациентов (86%), перенесших ишемический инсульт, характерен низкий или ниже среднего уровень объема внимания. После прохождения реабилитации у отдельных пациентов наблюдается некоторое улучшение данного показателя: у одного пациента повысился объем внимания с низкого до высокого уровня, у двух пациентов — с уровня «ниже среднего» до «среднего». При исследовании распределения внимания было установлено, что практически все пациенты, перенесшие ишемический инсульт, отличаются низким уровнем распределения внимания. Причем после прохождения реабилитации у всех пациентов значения данного показателя по-прежнему соответствовали низкому уровню распределения внимания. Аналогичные результаты были получены и относительно показателя переключаемости внимания. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт, до и после реабилитации демонстрируют низкий уровень переключаемости внимания.

Результаты исследования кратковременной зрительной памяти свидетельствуют о сохранности мнестических процессов у пациентов после перенесенного ишемического инсульта, 75,7% пациентов продемонстрировали оптимальную эффективность мнестических процессов. Кроме того, после прохождения периода реабилитации большая часть пациентов, имеющих низкие показатели кратковременной памяти, повысила их до «нормы».

Для выявления возможной динамики познавательных процессов пациентов, перенесших ишемический инсульт после прохождения ими периода реабилитации важно было проанализировать не только уровень выраженности исследуемых показателей, но и непосредственно значения самих диагностируемых показателей. С этой целью был проведен сравнительный анализ полученных данных до и после реабилитационного периода, который показал, что наблюдается статистически достоверный сдвиг в значениях таких показателей, как распределение внимания ($t = 2,369$; $p = 0,034$) и кратковременная зрительная память ($t = -2,236$; $p = 0,042$). Несмотря на то, что уровень выраженности распределения внимания при повторном тестировании пациентов не изменился, непосредственно сами показатели распределения внимания пациентов с ишемическим инсультом после реабилитации статистически значимо превышали данные показатели до прохождения ими реабилитации. Показатели кратковременной зрительной памяти у пациентов с ишемическим инсультом после прохождения ими реабилитации также существенно улучшились.

Исследование эмоциональной устойчивости и косвенной оценки уровня мотивации больного к вос-

становлению проводилось с помощью Шкалы депрессии Бека и методики «Восстановление локуса контроля». Анализ полученных данных показал, что до прохождения реабилитационного периода у 43% пациентов с ишемическим инсультом не отмечалось никаких депрессивных симптомов, выраженная и тяжелая форма депрессии была характерна для 16% пациентов. Как показало исследование, существенных изменений эмоциональной устойчивости у пациентов с ишемическим инсультом после прохождения ими реабилитации не произошло. У пациентов с выраженной и тяжелой формой депрессии положительных изменений после реабилитации не наблюдалось. При проведении сравнительного анализа результатов диагностики статистически достоверного сдвига в показателях депрессивного расстройства пациентов до и после реабилитации обнаружено не было ($t = -0,103$; $p = 0,920$). Что касается мотивации, то, что большинство пациентов после перенесенного заболевания характеризуются высоким или средним уровнем мотивации к восстановлению (57,6% и 27,3%, соответственно).

Полученные данные показывают, что степень выраженной мотивации к восстановлению у пациентов с ишемическим инсультом после прохождения периода реабилитации не повысилась. При проведении сравнительного анализа показателей мотивации к восстановлению у пациентов до и после реабилитации статистически достоверного сдвига также установлено не было ($t = 1,364$; $p = 0,196$).

Таким образом, анализ полученных результатов показывает, что у пациентов, перенесших ишемический инсульт, наблюдаются значительные нарушения внимания, при этом память остается достаточно сохранной. Следует отметить, что комплекс реабилитационных мероприятий (физиолечение, массаж, ЛФК, медикаментозная терапия), проводимых в НИИ курортологии, благотворно сказывается на восстановлении высших психических функций: наблюдается существенное улучшение распределения внимания и кратковременной зрительной памяти, а также прослеживается тенденция к увеличению объема внимания.

Исследование эмоционально-мотивационной сферы показало, что для более половины пациентов, перенесших ишемический инсульт, характерно состояние депрессивного расстройства различной степени тяжести. Но, несмотря на это, значительная часть таких пациентов демонстрируют выраженную мотивацию к восстановлению. Важно заметить, что реабилитационная программа не оказывает влияния на психологические составляющие эмоционально-мотивационной сферы таких пациентов. Полученные данные указывают на то, что достаточно много людей после перенесенного тяжелого заболевания не верят в собственное выздоровление и, к сожалению, прохождения реабилитационных мероприятий им этой уверенности не прибавляет. Следовательно, в дальнейшем следует включить в программу реабилитации комплекс психологических мероприятий, направленных на коррекцию субъектной позиции пациентов.

Библиографический список

1. Алифирова В. М., Антухова О. М. Инсульт. Эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика. Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2009. 292 с.
2. Белова А. Н., Щепетова О. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Москва: Изд-во «Антидор», 2002. 440 с.
3. Виберс Д. О., Фейгин В., Браун Р. Д. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям. М.: Бино, 1999. 672 с.
4. Менделевич В. М. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие для студентов мед. вузов. Москва: Изд-во «МЕД-пресс», 2008. 432 с.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Колчев А. И., д. м. н., профессор,
 Национальный государственный университет физической культуры, спорта
 и здоровья имени П. Ф. Лесгафта,
 Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

Тревожные расстройства относятся к числу наиболее распространенных аффективных нарушений. Частота тревожных расстройств особенно увеличивается у лиц с ограниченными возможностями. Соматическая патология усугубляет клинические проявления аффективных расстройств. Тревожные расстройства у пациентов старших возрастов приобретают ипохондрическую окраску. Биологическая терапия должна формироваться с учетом возраста пациента и наличия коморбидной патологии.

Ключевые слова

Тревожные расстройства, инволюционные психозы, пациенты с ограниченными возможностями, биологическая терапия.

ANXIETY DISORDERS IN PERSONS WITH DISABILITIES IN TERMS OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE

Kolchev A. I., MD, Professor,
 The Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health,
 Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

Anxiety disorders are among the most common affective disorders. The frequency of anxiety disorders is increased in people with disabilities. Somatic pathology increases the symptoms of mood disorders. Anxiety disorders in older patients have hypochondriacal nature. Biological therapy is prescribed based on the patient's age and the presence of comorbid disease pathology.

Key words

Anxiety disorders, involuntal psychosis, patients with disabilities, biological therapy.

Одним из наиболее частых проявлений расстройств аффективной сферы человека является тревога. В большинстве случаев она определяется как неясное, недифференцированное чувство нарастающей опасности, нередко ощущаемая предчувствием катастрофы, напряжённым ожиданием трагического исхода [6, 7]. При этом динамика тревоги нередко представлена в виде трансформирующихся процессов: внутреннее волнение — напряжение — неясное предощущение неприятностей — выраженное беспокойство — предчувствие катастрофы — напряженное

ожидание трагического исхода — смятение, растерянность, возбуждение, оцепенение.

Тревога бывает как предметной, так и беспредметной, но при любом варианте она объективно проявляется изменениями внешнего дыхания, реакциями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и рядом других признаков, указывающих на соматическую дисфункцию. Сходные изменения в функциональных системах организма при тревоге, независимо от причины возникновения тревожных расстройств, нередко приводят врача, не учитывающего

их первопричину и патогенез формирования, а также не способного осуществить необходимые дифференциально-диагностические мероприятия, к неправильной терапевтической тактике. Следует отметить, что наиболее часто встречаются так называемые смешанные расстройства — тревожно-депрессивные, при этом депрессивная симптоматика сопровождает тревожные расстройства более чем в 80% случаев.

В механизмах формирования тревожных расстройств наиболее существенную роль играют дофаминергические, серотонинергические, норадреналинергические и ГАМК-ергические системы организма. Принято считать, что оптимальными концентрациями серотонина в нейронах достигается собственно тимоаналептический эффект, поддерживается достаточный уровень контроля за импульсивными влечениями, регулируется половое поведение, осуществляется регулирование агрессивности. Снижение концентрации серотонина в 5-HT-рецепторах преимущественно 2а типа приводит к когнитивным расстройствам, нарушениям циркадных ритмов. Дофамин участвует в регуляции моторных процессов, формировании поведенческих реакций. С оптимальным функционированием норадренергических синапсов связывают поддержание уровня бодрствования, формирование когнитивных адаптационных реакций. Смещение динамического равновесия в сторону стресс реализующих систем приводит к усилению тревоги. Повышение функциональной активности ГАМК-ергических систем сопровождается снижением уровня тревоги.

Значительная тревожная реакция на психогенное воздействие может сформироваться в случае низкого порога тревожного реагирования. Наличие в анамнезе психотравмирующей ситуации, приведшей к инвалидизации, создает дополнительные условия для формирования, тревожного расстройства. Данное явление наблюдается наиболее часто у, так называемых, тревожных личностей, что, по мнению ряда авторов, связывается с врожденной функциональной недостаточностью ГАМК-ергической системы [4].

Диагностические критерии тревожного расстройства нашли свое отражение в DSM-IV-TR в виде рубрик F 300.00 Anxiety Disorder NOS — 300.02 Generalized Anxiety Disorder, а также в МКБ-10, в соответствующей рубрике. В классификациях приведены как диагностические критерии, так и количественные характеристики выраженности клинических проявлений тревожного расстройства.

Следует разграничивать ситуационно обусловленную тревогу и тревожные состояния, возникающие в условиях стойких, в большинстве случаев, не имеющих внешней причины, изменений функций рецепторных систем нейроцитов. В последнем случае тревога начинает носить стабильный характер и, как правило, не ограничивается какими-либо определенными ситуациями. В ходе приступов тревоги формируются различного рода фобии, которые могут трансформироваться, постепенно приобретая нелепый оттенок. В случае эндогенных расстройств, критика к подобно-го рода фобиям отсутствует, и они начинают казаться больному вполне обоснованными.

Симптомы тревоги могут значительно варьировать, что существенным образом определяется личностными особенностями. Типичными симптомами тревоги в данном случае являются: «ощущение беспокойства», «внутреннего волнения», мрачные предчувствия (больному кажется, что непременно что-то должно произойти) [2]. Больные не могут найти себе места и занятия, которые могли бы их успокоить, часто они «не могут ни сидеть, ни лежать».

В клинической практике различные специалисты (терапевты, врачи общей практики), курирующие лиц с ограниченными возможностями, наиболее часто сталкиваются с проявлениями как собственно тревожных расстройств, так и их вегетативных компонентов. Эффективное лечебное воздействие в таких случаях возможно лишь при правильной постановке диагноза и проведения комплекса дифференциально-диагностических мероприятий [8].

Следует отметить, что тревога, сопровождающая психотические состояния, остается наименее изученной. В подавляющем большинстве случаев приступу психоза предшествует ощущение постепенно нарастающей угрозы, которое носит недифференцированный характер. У больного нарушается сон, возникает чувство беспомощности и растерянности, усиливаются расстройства мышления, что может проявляться острым чувственным бредом. По мере усиления психотической симптоматики у больного разрушается единство восприятия, наблюдается фрагментация «Эго» [3]. Трансформация наблюдаемых психопатологических явлений в значительной степени зависит от клинической формы заболевания, а также проводимого и проводившегося лечения. В процессе дифференциальной диагностики следует обращать особое внимание на то, как менялись эмоциональная сфера восприятие и мышление пациента. Правильная и своевременная дифференциальная диагностика позволяет купировать подобное психотическое состояние. Напротив, неадекватное назначение антидепрессантов, в особенности с активирующим действием, несомненно, усилит психопатологические явления. Препаратами выбора в данном случае являются нейролептики. Вместе с тем следует отметить, что назначение больших доз анксиолитиков и бензодиазепиновых транквилизаторов в отдельных случаях также может приводить к купированию приступов тревоги [9].

Патогенетические механизмы аффективного биполярного расстройства имеют целый ряд сходных с шизофренией и шизоаффективными расстройствами особенностей. При аффективном биполярном расстройстве, как и при шизофрении, отмечается снижение экспрессии ГАМК-синтезирующего фермента GAD67 [10, 11].

По мнению А.Б. Смулевича [5] тревожные депрессии занимают ведущее место среди аффективной патологии. В 96% случаев у больных с депрессивным синдромом отмечаются явления тревоги, частота симптомов тревоги в структуре депрессивного синдрома распределяется следующим образом: беспокойство, вплоть до агитации — 72%, соматическая тревога — 42%, психическая тревога — 62%. При этом у

50–60% пациентов наблюдается сочетание тревоги и коморбидных обсессивно-фобических расстройств.

Особо следует отметить тот факт, что у больных с ограниченными возможностями на фоне соматической патологии частота тревожных депрессивных расстройств может достигать 30%. Данное обстоятельство весьма негативно отражается на течении соматического заболевания, приводя к утяжелению основных симптомов.

Сочетание депрессивного синдрома и соматических симптомов нашло отражение в рубрике F 33.01 и F 41 МКБ-10. При этом у больных присутствуют как тревога, так и депрессия, сочетающиеся с вегетативными симптомами (такими как «тремор, сердцебиения, сухость во рту, бурление в животе и прочее»).

Целый ряд особенностей имеют тревожно-депрессивные расстройства у пожилых людей с ограниченными возможностями. При этом на первый план помимо выраженной тревоги, вплоть до ажитации, выходят ипохондрические симптомы. Поведенческие реакции таких больных приобретают особо мрачную окраску, больные готовятся уйти из жизни. Следует отметить, что в этом случае резко снижается антисуицидальный барьер и возрастает суицидальный риск.

Тревожно-депрессивные состояния в рамках инволюционных психозов характеризуются выраженным депрессивным аффектом со снижением побуждений и интересов, сниженной самооценкой. Более чем в половине случаев тревожно-депрессивные состояния формируются при пресенильных инволюционных психозах. Тревога в данном случае характеризуется ощущением надвигающейся беды, идеями нездоровья, имущественного ущерба. Тревожный аффект может проявляться в виде тревожного возбуждения, при незначительных внешних причинах у больных могут формироваться сверхценные идеи с угрозой здоровья и благополучия близким. Как и в случае других тревожно-депрессивных состояний больные попадают, прежде всего, в поле зрения врачей общей практики и терапевтов. При этом имеющиеся психопатологические явления часто расцениваются как ситуационно обусловленные расстройства аффективной сферы.

Для правильной клинической оценки, а также для понимания некоторых сторон патогенеза инволюци-

онной меланхолии, должна иметь значение попытка установления той или иной степени корреляции этого тревожно-тоскливого синдрома с определёнными соматическими и морфологическими изменениями.

Тревожно-депрессивные расстройства могут сопровождать атрофические заболевания головного мозга, при этом в клинической картине болезни на начальных этапах ее развития отмечается сочетание дефицитарной симптоматики с аффективными расстройствами. Длительность данного периода болезни может варьировать от 1–2 до 10–15 лет. Следует отметить, что дифференциальная диагностика атрофических заболеваний коры головного мозга на ранних этапах развития особенно сложна ввиду нерезкой выраженности когнитивных нарушений при еще не сформировавшейся апракто-агностической деменции. Однако, неправильная и несвоевременная дифференциальная диагностика не позволит начать патогенетическую терапию, которая заключается в комплексном использовании ингибиторов холинэстеразы, модуляторов глутаматергической системы и протекторов. Симптоматическая терапия, направленная на купирование психопатологических эффектов, не позволяет достигнуть желаемых результатов.

В заключение следует отметить, что сравнительно часто проявления тревожных и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ограниченными возможностями маскируются многочисленными соматическими жалобами, в результате чего больные многократно обследуются, им проводятся сложные инвазивные и неинвазивные диагностические мероприятия. В подобных случаях, как пациенты, так и врачи общей практики и терапевты не осознают органической природы наблюдаемых явлений. При этом патогенетическая терапия также значительно запаздывает, ухудшая состояние пациента.

Таким образом, выбор лечебной тактики и характера биологической терапии тревожных и тревожно-депрессивных расстройств должен осуществляться с учетом этиопатогенетических факторов, вызвавших психопатологический процесс. Назначению психотерапевтических препаратов должен предшествовать комплекс дифференциально-диагностических мероприятий.

Библиографический список

1. Гутейл Т., Гринблат Д. Психиатрия / Пер. с англ. М., 2001. 347 с.
2. Жмуров В. А. Психические нарушения. М., 2008. 1015 с.
3. Каплан Г. И., Сэддок Б. Д. Клиническая психиатрия. М.: Медицина. 672 с.
4. Нуллер Ю. Л., Михайленко И. Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. 255 с.
5. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. М., 2001. 256 с.
6. Angst J., Vollrath M. The natural history of anxiety disorders // Acta Psychiatr. Scand. 1991. Vol. 84. P. 446–452.
7. Barlow D. H. Anxiety and its disorders. New York: Guilford, 1988. 275 p.
8. Butler G., Fennell M. et al. A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder // J Consult. Clin. Psychol. 1991. Vol. 59. P. 167–175.
9. Ciraulo D. A., Antal E. J. et al. The relationship of alprazolam dose to steady-state plasma concentrations // J. Clin. Psychopharmacol. 1990. Vol. 10. P. 27–32.
10. Benes F. M., Lim B. et al. Regulation of the GABA cell phenotype in hippocampus of schizophrenics and bipolars // Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. 2007. Vol. 104. P. 10164–10169.
11. Guidotti A., Auta J. et al. Decrease in reelin and glutamic acid decarboxylase 67 (GAD67) expression in schizophrenia and bipolar disorder: a postmortem brain study // Arch. Gen. Psychiatr. 2000. 57, P. 1061–1069.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ (СЕКСОГИНЕКОЛОГИЯ) КАК НОВАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУКА О РАССТРОЙСТВАХ РЕКРЕАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Коновалов В. Г., врач-сексолог,
Ширяев О. Ю., д. м. н., профессор, зав. кафедрой,
КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер»,
Областной кабинет семейного врачебно-психологического консультирования,
ГОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, кафедра «Психиатрии с наркологией»,
Воронеж, Российская Федерация

Аннотация

На примере одного из самого распространённого у женщин гинекологического заболевания (хронического сальпингоофорита, ХСО) обосновывается целесообразность существования гипотетической междисциплинарной науки — сексогинекологии — подраздела психиатрии и гинекологии.

Ключевые слова

Сексология, гинекология, женская сексуальность, сальпингоофорит, сексогинекология.

GYNAECOLOGICAL SEXOLOGY AS A NEW HYPOTHETICAL INTERDISCIPLINARY SCIENCE OF DISORDERS OF RECREATIONAL FUNCTION IN WOMEN WITH GYNAECOLOGICAL DISEASES

Konovalov V. G., Sexologist,
Shirayev O. Ya., MD, Professor,
Voronezh Regional Psychoneurological Clinic,
Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko, Ministry
of Healthcare of the Russian Federation, Psychiatry and Narcology Department,
Voronezh, Russian Federation

Abstract

The study presents a new hypothetical interdisciplinary science—sexogynaecology—a field of psychiatry and sexology providing a case study of chronic salpingoophoritis in women.

Key words

Sexology, gynaecology, female sexuality, salpingoophoritis, sexogynaecology.

Актуальность проблемы. В программе ООН по глобальному развитию народонаселения на 2015 год центральной темой обозначались гарантии сексуального и репродуктивного здоровья, гендерного равенства. Сексуальная функция относится и к процессу воспроизводства потомства. Благополучие в интимной сфере определяет качество жизни [1]. Рекреативная функция при гинекологических заболеваниях у женщин практически не затрагивается современной соматической медициной. Гинекологический (соматический) подход направлен на восстановление прокреативной (репродуктивной) функции женщины. Отдельные расстройства рекреации женщины могут снижать её фертильность. В свою очередь, сугубо

сексологический (психологический) подход, не всегда позволяет детализировать органическую природу сексуального расстройства при гинекологических заболеваниях. В тоже время, неоспорим факт высокой степени психологичности и эмоциональности при сексуальных расстройствах у женщин. При всех хронических воспалительных заболеваниях внутренних гениталий, по данным разных авторов, процентное соотношение сексуальных расстройств варьирует от 10% до 70% [2, 3].

Цель и задачи исследования. Целью исследования явилось **комплексное** междисциплинарное (сексологическое и гинекологическое) рассмотрение этиопатогенеза сексуальных расстройств у женщин с гине-

кологических заболеваниями на примере ХСО. Для достижения поставленной цели решались следующие задачи: 1) выявить общее количество сексуальных расстройств у женщин с ХСО; 2) определить долю каждого фактора в генезе сексуального расстройства; 3) сформулировать основные принципы диагностики и терапии.

Методы исследования: 1) клинико-психопатологический; 2) психологический; 3) сексологический; 4) гинекологический; 5) статистический. Нами обследовано 100 пациентов с ХСО в возрасте от 18 до 38 лет (в среднем — $27,3 \pm 1,2$). Из них 67% — с наличием сексуальных расстройств (основная группа), а 33% — без сексуальных и психических расстройств (контрольная группа). У 32% женщин удалось обследовать их половых партнёров.

Результаты исследования. Ведущие этиологические факторы сексуальных расстройств по группам: I гр. ($n = 17$) — ХСО специфической этиологии; II гр. ($n = 20$) — психогения на ХСО и его осложнения; III гр. ($n = 30$) — невротические расстройства. К **формированию сексуальной патологии** у женщин с ХСО (на основании множественной пошаговой (гребневой) регрессии) приводят основные факторы ($p < 0,050$): I гр. ($n = 17$) (органическая диспарейния (100%)): 1) длительность персистенции смешанной специфической генитальной микрофлоры ($ОИ = 0,852$) и её общее количество ($ОИ = 0,744$). У женщин II гр. ($n = 20$) на психогенную диспарейнию ($n = 10$) влияют следующие факторы: 1) сензитивная личностная акцентуация ($ОИ = 0,758$); 2) отрицательный образ матери в детстве ($ОИ = 0,648$). У женщин III гр. ($n = 30$) наибольшее патогенное влияние на дебютирующее психогенное сексуальное расстройство — оргазмическую дисфункцию ($n = 27$) — оказывают такие факторы как: 1) конфликтные отношения между половыми партнёрами по тесту супружеской связи З. Старовича ($ОИ = 0,664$); 2) невротические расстройства, возникшие задолго до ХСО ($ОИ = 0,608$). У женщин гр. II ($n = 20$) и III ($n = 30$) наиболее патогенное влияние на сексуальное расстройство в виде сниженного либидо оказывают следующие основные факторы: 1) невротические расстройства ($ОИ = 0,783$); 2) психогения на длительное течение ХСО с единичной условно-патогенной ($ОИ = 0,776$) и специфической ($ОИ = 0,629$) микрофлорой. Диспарейния смешанного генеза и притупление оргазма выявлялись у 50% женщин гр. II ($n = 20$) и у 56,7% пациенток гр. III ($n = 30$). На их возникновение влияли невротические расстройства ($ОИ = 0,608$).

У 20% женщин с ХСО выявлен особый (садомазохистический (75%) и бисексуальный (25%)) сексуальный сценарий. Согласно непараметрическому U -критерию Манна—Уитни достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены для следующих шкал опросника ММРІ-566 «Иматон»: истерия (Hy) — $62,9 \pm 10,3$ [$p = 0,0002$]; шизофрения (Sc) — $71 \pm 16,2$ [$p = 0,003$] и психастения (Pt) — $62,4 \pm 20,6$ [$p = 0,030$]. По аналогии с терминологией Г.Е. Введенского (2003) [6] подобная вариантная

сексуальность обозначена термином **F-PPS — женский псевдопарафильный синдром** — особый сексуальный сценарий или девиантные тенденции [2, 3]. Основные факторы формирования женского F-PPS: невротические расстройства ($ОИ = 0,842$); истероидная личностная акцентуация ($ОИ = 0,707$); асексуально-репрессивное воспитание ($ОИ = 0,517$); психические травмы детства ($ОИ = 0,469$).

На примере фрагмента проведенного исследования показана сложность этиопатогенеза сексуальных дисфункций у женщин с ХСО. С одной стороны, у женщин с сугубо органическим сексуальным расстройством — органической диспарейнией — не выявлялась психопатология. Но в тоже время присутствовали доклинические проявления соматогенной астении, которые при обострении ХСО могли достигать степени клинических проявлений (F06.6. Органическое астеническое расстройство (психиатрическая рубрика по МКБ-10)). Таким образом, эта «особая психопатология» (соматогенная астения) в дальнейшем могла редуцироваться только посредством гинекологического лечения. Однако соматогенное астеническое состояние при обострении ХСО не всегда легко дифференцировать от психогенного и смешанного. Кроме того, для сексуальных расстройств смешанной этиологии в МКБ-10 не существует отдельного шифра.

Разработанный нами патент на изобретение [3] должен помочь регламентировать стратегию лечения пациенток с сексогинекологической патологией. Подозрениями на психопатологический или смешанный генез сексуального расстройства являются следующие факторы: а) женщина уклоняется от половой жизни; б) длительное лечение (до 3-х месяцев) у врача акушера-гинеколога не устраняет сексуальных проблем; в) женщины жалуются на дополнительные сексуальные расстройства: снижение либидо, отвращение к половому акту, притупление оргазма.

Из всего вышеприведенного следует следующий вывод: представляется возможным акцентировать внимание на сексогинекологии, выделение которой не является возвратом в прошлое, во времена, когда врач акушер-гинеколог одновременно являлся и сексопатологом; а лишь подчёркивает ведущую роль психосоматики и аффективной патологии при возникновении сексуальных расстройств у женщин с ХСО.

Сексогинекология — это гипотетическая междисциплинарная область медицины о сексуальных расстройствах у женщин с гинекологическими заболеваниями; подраздел психиатрии и гинекологии, базирующийся на принципах этиопатогенеза сексологии и гинекологии, а также принципах парности сексуальных проявлений, когда осуществляется адекватная диагностика, комплексное лечение сексуальных расстройств у женщин с гинекологическими заболеваниями одним специалистом, имеющим специализацию, как по акушерству-гинекологии, так и по психиатрии и сексологии.

Заключение

1. Сексуальные расстройства наблюдаются у большинства женщин (67%), больных ХСО, кото-

- рые чаще всего (40,3%) имеют смешанную природу. Сексуальные расстройства у женщин с ХСО проявляются, главным образом, диспарейнией (54%), нарушением оргазма (44%) и либидо (38%).
2. Невротические расстройства наблюдались у 50% женщин с ХСО и были представлены следующими нозологическими единицами: соматоформные расстройства (F45) — 29,9% (включались соматизированное и ипохондрическое расстройства — по 50%); тревожно-фобическое расстройство (F40) — 22,4%; конверсионное расстройство (F44) — 14,9%; неврастения (F48.0) — 7,5% наблюдений.
 3. Эффективность комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий: 82,4% (нет психопатологии) до 40% (выраженная психопатология).
 4. Фундаментальное теоретическое значение интерпретаций данного исследования состоит в выделении гипотетически новой самостоятельной медицинской дисциплины — **сексологинекологии (гинекологической сексологии)** — как науке о сексуальных расстройствах у женщин с гинекологическими заболеваниями.

Библиографический список

1. Есауленко И. Э., Алексеева Д. Н., Журихина И. А. и др. Повышение качества медицинской помощи населению // Системный анализ и управление в биомедицинских системах [Изд-е ВАК]. Воронеж, 2011.
2. Коновалов В. Г., Ширяев О. Ю. Особенности сексуальных расстройств у женщин с хроническими сальпингоофоритами // Системный анализ и управление в биомедицинских системах [Изд-е ВАК]. ВГТУ. Воронеж, 2011. Т. 10, № 4. С. 948–951.
3. Коновалов В. Г., Ширяев О. Ю., Коротких И. Н. А61В5/00 (2006.01). Способ выявления психопатологической природы сексуального расстройства у женщин с хроническим сальпингоофоритом / ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко». № 2476140; Заявка № 2011133767 от 10.08.2011 // Патент на изобретение. М., 2013.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ

Смулевич А. Б.^{1,2}, д. м. н., академик РАН, Андрищенко А. В.¹, д. м. н., профессор,
¹ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова,
²ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья»,
Москва, Российская Федерация

PSYCHIC AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN GENERAL MEDICINE

Smulevich A. B.^{1,2}, MD, RAS Academician, Professor,
Andryushchenko A. V.¹, MD, Professor,
¹Department of Psychiatry and Psychosomatic Medicine of the Institute of
Postgraduate Education at I. M. Sechenov First Moscow State Medical University,
²Clinic for Nonpsychotic and Psychosomatic Mental Disorders
at Mental Health Research Center,
Moscow, Russian Federation

Введение. В большинстве стран мира произошла смена научных и организационно-лечебных ориентиров при оказании помощи лицам с психическими расстройствами (ПР) [11, 14]. Ключевую роль сыграли эпидемиологические данные, показавшие высокую распространенность и значимость данной патологии у пациентов, обращающихся с многообразными жалобами физического характера в общемедицинскую сеть или госпитализированных по поводу обострений соматических заболеваний (показатели в 1,5–5 раз превышают популяционные) [10, 11, 13]. Психосоматика как инновационная междисциплинарная область стала осо-

бенно быстро развиваться с конца XX века на стыке психиатрии и общемедицинских специальностей после того, как стала очевидной важность этого направления и были сформированы условия для изменений традиционных принципов медицинской помощи [2, 4, 6, 9]. Вместе с тем многие вопросы, включая классификационные, до сих пор не решены: практически не разработаны подходы к систематизации соматизированных психических расстройств и верификации психосоматических соотношений в МКБ-10 и проекте МКБ-11, психосоматические расстройства, будучи отнесены к разным рубрикам, разобщены [3, 8, 12, 14].

В России психосоматические вопросы в последнее время стали рассматриваться в государственных программах по укреплению здоровья населения, разрабатываемых в рамках стратегий развития здравоохранения на ведущих научных платформах, в первую очередь, «Психиатрия и зависимости». Актуальное понятие «психосоматические расстройства», понимаемое как гетерогенная группа болезненных состояний, формирующихся в результате двунаправленного воздействия ПР и соматических расстройств, расширяется с каждым годом. Особенностью нововведенной дисциплины, ориентированной на изучение психического компонента в структуре общемедицинской патологии, стало привлечение специалистов различного профиля (в учреждениях, куда наиболее часто обращаются страдающие этой патологией), обучение алгоритмам и технологиям своевременной диагностики широкого круга ПР, внедрение схем комбинированной терапии (с учетом специфики и рангов психопатологических нарушений), проведение в общемедицинских подразделениях мероприятий по дестигматизации. Для организации процесса интеграции психиатрии и общемедицинских областей, соответственно наращивания научного и кадрового потенциала, требовалась теоретически обоснованная, эффективная и ресурсосберегающая модель.

Распространенность психосоматических расстройств. Собственные исследования ПР в общемедицинской сети, проводимые на протяжении 2-х десятилетий, подтвердили масштабность проблем психосоматических расстройств в отличие от первоначальных представлений, ограниченных узким кругом соматических нарушений психогенного генеза или т. н. экзогенных (соматогенных) психозов [1]. Результаты изучения ПР среди больных общесоматической сети, и в их числе — среди обращающихся в клиническое отделение НОКЦ «Психосоматическая медицина» (которое аккумулирует больных с психосоматическими расстройствами, направляемых из соматических больниц и поликлиник) свидетельствуют о широкой психопатологической линейке: от субсиндромальных форм до клинически завершенных невротических, аффективных, шизотипических расстройств и нарушений психотических рангов [6, 7, 8]. Около четверти пациентов в амбулаторной службе страдают соматизированными расстройствами непсихотического уровня, около половины больных с тяжелой соматической патологией — клинически завершенными психическими нарушениями. По критериям МКБ-10 соматизированные и тревожные расстройства, включая субсиндромальные формы выявлены у 28 и 20% пациентов соответственно, аффективные расстройства — в 26% наблюдений (наиболее часто депрессивные эпизоды), при этом коморбидность расстройств в поперечном срезе и в течении жизни составляет 20% и более [5, 6]. Долевое распределение расстройств на основании дифференцированной оценки психосоматических соотношений выявляет превалирование нозогенных расстройств (2–3:1). Среди соматизированных психических расстройств в некоторых медицинских профилях отмечен относительно высокий удельный вес расстройств

шизофренического спектра (6–9%). При изучении потребности в терапии на основании с помощью экспертной оценки и интегральных показателей доказано, что этот контингент больных с верифицированной психической и психосоматической патологией нуждается в специализированной помощи [9].

Систематика психических расстройств в общей медицине. Для объединяющей психосоматической концепции были предложены однородные (с клинико-патогенетических позиций) категории с опорой на соотношения между психическими и соматическими нарушениями, значимость которых доказана в междисциплинарных исследованиях в кардиологии, онкологии, дерматологии, неврологии, пульмонологии, ревматологии, гематологии, гинекологии, гастроэнтерологии, гепатологии. Разработка систематики ПР в общей медицине сопровождалась ревизией феноменов/метафеноменов соматизации (коэнестеziопатии, ипохондрия *cum/sine materia*, др.), уязвимости к патологии данного круга (вариантов психопатологического диатеза — психосоматического, проприоцептивного, др.), коморбидности расстройств (аффинитет, психосоматический параллелизм, др.) с учетом современных клинико-биологических и эпидемиологических данных. Психопатологические и интегративные ракурсы, освещенные благодаря серии целенаправленных исследований, позволили выделить три основных категории психосоматических нарушений как результат реализации:

- 1) собственно ПР в соматопсихической сфере без верифицированной соматической патологии;
- 2) ПР, провоцируемых развитием соматической патологии;
- 3) соматической патологии, развивающейся в рамках динамики ПР.

Соматизированные ПР, отнесенные к I категории, ранжированы с использованием конституционально-невротического /аффективного, шизотипического и психотического регистров. К регистру конституциональных нарушений соматоперцепции отнесены традиционно обозначаемые и нововведенные радикалы (невропатия, соматопатия, соматотония, сегментарная деперсонализация), проявляющиеся эпизодически полиморфными стигмами и достигающие уровня клинической значимости при условии манифестации соматического заболевания. Прослеживается сопряженность между определенными психосоматическими акцентуациями и соматизированными расстройствами, а также патохарактерологическими аномалиями (с аффективной лабильностью, тревожно-мнительными, истерическими, шизоидными, шизотипическими, ананкастными, паранойяльными). Круг соматизированной невротической и аффективной патологии (с соматически необъяснимыми симптомами) составляют расстройства соматоформного и конверсионного типа, протекающие в виде повторных псевдосоматических фаз, непрерывно текущие (с устойчивой идиопатической симптоматикой) хронические алгии, сходные с прототипами соматической патологии т. н. органические неврозы (кардионевроз, синдромы гипервентиляции,

раздраженной кишки / мочевого пузыря, головной боли напряжения, хронической усталости), формирующиеся при соучастии синергичных психопатологических расстройств на соматически измененной почве, а также соматизированные депрессии, часто принимающие характер дистимий. В последнее время активно изучаются соматизированные/ипохондрические расстройства шизофренического спектра, развивающиеся *sine materia* у шизотипических личностей типа фершробен. Эндоформные синдромы, очерченные этим кругом, определяются феноменом телесного аутизма: неожиданно появляющимися и исчезающими необычными ощущениями и патологическим поведением в болезни (с одержимостью болями, патологическими ощущениями, упорным обследованием, самолечением, проявлениями аутоагрессии). В рамках психотического регистра выделены категории соматопсихоза и ипохондрического (соматический, дерматозойный) бреда. Последний может ограничиваться монотематическим вариантом (например, коэнестезиопатической паранойей с тактильными и зрительными иллюзиями/галлюцинациями) или проявляться в рамках спектра галлюцинаторно-бредовых синдромов (бред воображения, преследования, парафрения).

Не менее сложными по структуре являются и две другие категории. Наименее внятно в международных классификациях освещены ПР, отнесенные ко II — провоцируемые развитием соматической патологии, особое затруднение вызывают вопросы, касающиеся психосоматических соотношений. Самой высокочастотной патологией этой рубрики являются нозогении, объединяющие реакции и развития, формирующееся с учетом особенностей манифестации симптомов соматической патологии и всего их профиля. Большинство нарушений (депрессивного и тревожного характера) обусловлены сложным алгоритмом воздействия факторов, связанных с тяжелым соматическим страданием, включая многоступенчатое лечение с помощью инвазивных методов. Реже отмечаются расстройства нерядоположенные нозогениям по основному механизму — соматогенно обусловленные соматические формы астении, депрессии/мании, психозов с расстройством сознания. В некоторых случаях они реализуются как соматогенно спровоцированные эндоформные (соматореактивные) ПР, динамика которых протекает по закономерностям коморбидности психической и соматической патологии (например, соматореактивная циклотимия, шизофренические реакции). Соответственно ПР этой категории включают симптомы двух порядков: соматогенно провоцируемые «симптомы-копии» и «симптомы-оригиналы», отражающие эндогенные психические нарушения.

В III категорию включена соматическая патология, развивающаяся в рамках динамики ПР и личностной патологии, в МКБ-10 клинические и исследо-

вательские (квантифицированные) критерии для этих рубрик минимально представлены по сравнению с остальными категориями. Согласно психоаналитическим концепциям сюда можно включить, в том числе, и серьезные сердечно-сосудистые, опорно-двигательные, онкологические и другие заболевания, спровоцированные бессознательным чувством вины. В клинически ориентированных систематиках к ним относятся искусственные самоповреждающие (преднамеренно вызванные, но не суицидальные) расстройства с преимущественно психологическими, психопатологическими или физическими комбинированными симптомами, при которых соматические нарушения являются вторичными феноменами. До сих пор общепризнанной классификации для этой категории ПР не существует, выделяемый в ряде систематик синдром Мюнхгаузена включает ряд наиболее наглядных, привлекающих внимание вариантов, а эти расстройства (из-за превалирования скрытых проявлений и соматических масок) считаются казуистикой в общей медицине. Наиболее современным представляется подход, разрабатываемый в дерматологии в рамках развития понятия о патомимии, выделения соответствующих клинических и поведенческих фенотипов, поиска биологических маркеров и пр.

Заключение. По результатам собственных исследований психосоматической патологии наиболее эффективной представляется «билингвальная» (психика-соматика) информационная модель, сочетающая категориальный, дифференциальный и персонифицированный подходы при диагностике и прогнозе психических расстройств, использующая весь арсенал фармако- и психотерапии при оказании специализированной помощи больным с ПР психосоматического круга, предполагающая новые компетенции для улучшения взаимодействия интернистов, психиатров и психологов, работающих с категориями психосоматических расстройств [6]. Предполагается, что комплексная характеристика клинической картины и преморбида, и их соотношений с генетическими, нейрофизиологическими, нейроанатомическими маркерами, способна повысить качество прогноза.

Социальная значимость ПР, обусловленная тяжелым бременем и прогнозируемым ростом в будущем, требует рассмотрения проблемы на представительных международных форумах. С учетом интеграции психосоматики с различными областями медицины требуется разнообразие организационных форм, ориентированных на общие принципы, например, развития тех, которые заложены в модели «встречного движения». Важной составляющей этой работы является выявление недиагностированных или нелеченных случаев, верификация групп повышенного и сверхвысокого риска проявления расстройств психосоматической направленности в течение жизни.

Библиографический список

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Эксмо, 2002. 352 с.
2. Краснов В. Н. Сборник инструктивно-методических материалов (для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами). М.: Медпрактика-М, 2012. 320 с.

3. МКБ-10. Глава V. Версия для первично медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике: диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. М.: Медико-психологическая ассоциация «Синтез», 1996. 54 с.
4. *Незнанов Н. Г.* Организационная эволюция системы психиатрической помощи. СПб., 2006. 472 с.
5. *Смулевич А. Б.* Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М.: МИА, 2015. 638 с.
6. *Смулевич А. Б.* Психосоматические расстройства в клинической практике. Под редакцией А. Б. Смулевича. М.: «МЕД-пресс-информ», 2016. 774 с.
7. *Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю., Иванов С. В.* Психокardiология. М., 2005. 784 с.
8. *Собенников В. С.* Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014. 298 с.
9. *Hodges B., Inch., Silver I.* Improving psychiatric knowledge, skills and attitudes in primary care physicians: 1950–2000: a review // *American Journal of Psychiat.* 2001. 3(6). P. 244–5.
10. *Kessler R., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al.* The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys // *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009. 18(1). P. 23–33.
11. *Tsuang M. T., Tohen M., Jones P. B.* Psychiatric epidemiology. Wiley-Blackwell, 2011. 646 p.
12. *Wittchen H.-U.* Continued Needs for Epidemiological Studies of Mental Disorders in the Community // *Psychother. Psychosom.* 2004. Vol. 73. P. 197–206.
13. *Wittchen H.-U., Jacobi F.* Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2005. Vol. 15(4). P. 357–76.
14. WHO Framework for action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010. 62 p.—http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА ИСКУССТВ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ТЕХНИКАМИ

**Ткаченко О. И., Цуман Н. А., Рыбкис Е. А.,
Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск, Российская Федерация**

Аннотация

Согласно гипотезе нашего исследования — предполагается, что в процессе профессионализации, у студентов колледжа искусств возникают различные психосоматические реакции, обусловленные определенными чертами личности и усиливающиеся низкой стрессоустойчивостью.

Отсутствие резервов психического и физического здоровья на каждом из этапов обучения студентов в университете может привести к развитию психосоматических расстройств и расстройств адаптации.

Таким образом, проведение коррекционных арт-терапевтических занятий, комплекса физических упражнений со студентами колледжа искусств значительно снижают проявление психосоматических реакций у студенческой аудитории, позволяют снизить реактивную тревожность, уменьшить проявление алекситимии, уменьшить проявления негативных последствий психоэмоциональной и физической нагрузки.

Ключевые слова

Психосоматические реакции, тревога, расстройство адаптации.

PREVENTION OF PSYCHOSOMATIC REACTIONS IN STUDENTS OF ART COLLEGE USING ART-THERAPEUTIC TECHNIQUES

**Tkachenko O. I., Tsuman N. A., Rybkis E. A.,
Far Eastern State Medical University,
Khabarovsk, Russian Federation**

Abstract

Due to certain personality traits and low stress tolerance, students of art colleges develop various psychosomatic reactions in the process of professional growth. A poor state of physical and mental health can lead to psychosomatic reactions in students at every stage of learning. We found that art-therapeutic techniques significantly reduce symptoms of psychosomatic reactions in art students. Moreover, this method helps to reduce the level of anxiety and negative manifestations of psychoemotional and physical stress.

Key words

Psychosomatic reactions, anxiety, adaptation disorder.

Музыканты — это одна из немногочисленных профессий, которой человек посвящает себя с детства. Нервно-мышечный аппарат ребенка раним, а на него уже падает значительная дополнительная нагрузка, так как труд музыканта связан с большим мышечным напряжением плечевого пояса и рук, большими требованиями к ряду физических качеств и функций (Л. Б. Дмитриев, 2007).

Известны имена выдающихся музыкантов, страдавших профессиональными заболеваниями рук: С. Рахманинов, А. Тосканини, С. Танеев, Т. Нейгауз, С. Скрябин и другие. От профессиональной болезни музыкантов ужасно страдал Роберт Шуман, что заставило его прекратить игру на рояле и сосредоточиться на сочинении музыки [2].

Ухудшение социальной среды и резко возросшее число вредных психологических воздействий привело к расширению распространенности нервно-психических и соматических заболеваний, в механизме которых большую роль играют эмоциональные факторы, т. е. болезней, называемых психосоматическими (Семке В. Я., 1988; Коркина М. В. и др., 1995; Исаев Д. Н., 1996; Гиндикин В. Я., 2000) [3].

Не стоит забывать об огромной эмоциональной нагрузке, испытываемой артистом во время выступлений.

Основными аспектами актуальности данного исследования является необходимость детального изучения методов профилактики и борьбы со стрессами и психосоматическими реакциями у студентов колледжа искусств.

Исследование проводилось на базе КГБ ПОУ Хабаровский краевой колледж искусств. В исследовании приняли участие 34 студента колледжа искусств 3 курса оркестрового духового отделения (24 девушки и 10 юношей) в возрасте от 19 до 21 года.

Для изучения динамики психосоматических реакций исследование проводилось дважды: первое в октябре 2014 г., второе в феврале 2015 г. после проведения данной группе студентов комплекса групповых арт-терапевтических методов психотерапии и комплекса физических упражнений.

Для решения задачи по выявлению динамики и специфики психосоматических реакций, уровня стрессоустойчивости и их соотношения между личностной и реактивной тревожностью у студентов колледжа искусств мы воспользовались следующими методиками [1]: 1) Гиссенский опросник соматических жалоб (ПСО), 2) Шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (STAI/ШРЛТ), 3) Торонтская алекситимическая шкала (TAS), 4) Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рейха.

Арт-терапевтические занятия и комплекс физических упражнений проводились в свободное от обучения время 1 раз в неделю в течение 2 месяцев. Следует отметить, что повторное обследование проводилось в

конце учебного семестра, когда у студентов должна состояться очередная аттестация.

В ходе занятий использовались следующие базовые техники арт-терапии в групповом режиме [5]: 1) групповое рисование по кругу, 2) ресурсные мандалы, 3) методика «Картонные человечки», 4) метафорический автопортрет.

На первом этапе исследования были выявлены следующие закономерности:

Среди обследованной группы алекситимия была выявлена у 3 девушек, что составило 8,8% от всех обследованных.

При определении личной тревожности, ее низкий уровень выявлен у 3 человек и был равным в различных гендерных группах, и составил 8,8%. Средний уровень тревожности определен у 7 человек, что составило 20,6% от всех обследованных. Чаще средний уровень личной тревожности выявлялся в группе обследованных юношей. Высокий уровень тревожности выявлен у 70,6% обследованных. Группе девушек высокий уровень тревожности выявлялся 9 раз чаще, чем у юношей. При определении реактивной (ситуативной) тревожности низкий уровень тревожности выявлен у 14,7% студентов. Соотношение между девушками и юношами составило 3:1. Средний уровень тревожности составил 11,8 % и встречался у девушек в 3 раза чаще, чем у юношей. Высокий уровень тревожности выявлен у 73,5% от всех обследованных.

Высокий уровень стрессоустойчивости отмечался у 15 человек при первом исследовании. К респондентам с высоким уровнем стрессоустойчивости относили студентов, набравших по шкале Холмса и Рейха менее 100 баллов.

При повторном обследовании — после проведения арт-терапии по результатам TAS алекситимия диагностировалась у 1 человека (2,9%). Следует отметить сокращение проявления алекситимии в исследуемой группе в 3 раза. Это может свидетельствовать о наличии у респондентов исследуемой группы вторичной алекситимии, которая проявляется в ситуации психической травмы или на фоне психического расстройства.

При определении личной тревожности, ее низкий уровень в исследуемой группе определялся в том же объеме. Средний уровень тревожности выявлен у 41,1% обследуемых, высокий определялся у 67,6% от всех испытуемых и в 4 раза чаще отмечался у девушек. Высокий уровень личной тревожности сократился на 47,1%. При определении реактивной (ситуативной) тревожности низкий уровень тревожности также не выявлялся. Средний уровень тревожности выявлен у 89,3% и встречался у девушек в 4,5 раза чаще, чем у юношей. Высокий уровень тревожности определялся у 10,7% от всех обследованных. Следует отметить повышение высокого уровня личной тревожности на 21,4% и среднего уровня личной тревожности на 14,3%, в тоже время низкий уровень тревожности не отмечался ни у кого.

При повторном исследовании высокий уровень стрессоустойчивости отмечался уже у 19 человек. При этом среднее количество баллов, определяющих зависимость заболеваний от различных стрессогенных жизненных событий, существенных отличий не имело и составили 177,8 балла при первом исследовании и 158,3 балла при втором исследовании соответственно.

Распределение соматических жалоб по Гиссенскому опроснику соматических жалоб проявилось следующим образом: соматические жалобы истощения при первом исследовании отмечались в 100% случаев, желудочные жалобы в 26,4% случаев, субъективные страдания, носящие спастический или алгический характер в 38,2% случаев, сердечные жалобы в 8,8% случаев. Общая интенсивность соматических жалоб составила у девушек и юношей 11,5 и 10,8 баллов соответственно.

После проведения со студентами коррекционных занятий методами арт-терапии и комплекса физических упражнений отмечалось сокращение всех видов соматических жалоб практически в 2 раза, за исклю-

чением желудочных жалоб (тошнота, боли в желудке, изжога и т. п.). Это позволяет предположить, что желудочные жалобы у студентов носят не столько психосоматический характер, сколько органический, т. е. имеются органические изменения системы желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся характерными жалобами со стороны этой системы организма.

Проведение коррекционных арт-терапевтических занятий и комплекса физических упражнений со студентами колледжа искусств значительно снижает проявление психосоматических реакций у студенческой аудитории, позволяют снизить реактивную тревожность, уменьшить проявление алекситимии, уменьшить проявления негативных последствий психоэмоциональной и физической нагрузки. Данное исследование наглядно показывает необходимость проведения студентам колледжа искусств ресурсных техник, направленных на личностную сохранность и саморазвитие для получения в конце обучения специалистов, способных к развитию и творческой реализации без психосоматической трансформации.

Библиографический список

1. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Шелкова О. Ю.* Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271 с.
2. *Гутерман В. А.* Возвращение к творческой жизни. Профессиональные заболевания рук. Екатеринбург: гуманитарно-экологический лицей, 1994. 90 с.
3. *Куприянова И. Е., Семке В. Я.* Качество жизни и превентивная терапия. Томск, 2007. 186 с.
4. *Климов Е. А.* Психология профессионального самоопределения. — Ростов-на-Дону. Издательство «Феникс», 1996. 512 с.
5. *Колошина Т. Ю., Трусъ А. А.* Арт-терапевтические техники в тренинге. СПб.: Речь, 2010. 189 с.
6. *Лебедева А. Д.* Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2003. 256 с.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

**Шереметьева И. И., д. м. н., профессор, Плотников А. В., к. м. н.,
Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул, Российская Федерация**

Аннотация

После 20 лет снижения эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулеза, в 90-е годы Х века в России произошло ухудшение эпидемической ситуации. Важной проблемой является лечение больных с сочетанием туберкулеза легких и психического заболевания. Такие больные, как правило, уклоняются от лечения туберкулеза, нарушают режим противотуберкулезных учреждений. Вопросы же комплексной терапии сочетанной патологии до сих пор до конца не разработаны, являются предметом исследований. Исследование проводится на базе фтизиатрического подразделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю. К. (г. Барнаул). Цель работы: поиск наиболее оптимальных подходов к организации психиатрической помощи больным туберкулезом легких. Методы исследования: клинический, патопсихологический, клинко-статистический, клинко-эпидемиологический, статистический.

Ключевые слова

Организация медицинской помощи, туберкулез, психические расстройства, сочетание.

RESULTS OF THE TB UNIT'S WORK AT THE ALTAI REGIONAL CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL

Sheremeteva I. I., MD, Professor, Plotnikov A. V., PhD (Medicine),
Altai State Medical University,
Barnaul, Russian Federation

Abstract

After 20 years of decline, epidemiological indicators reflecting the spread of tuberculosis in the nineties, the epidemiological situation in Russia significantly worsened. An important issue is the treatment of patients with a combination of pulmonary tuberculosis and mental illness. These patients tend to shy away from treatment and violate TB facilities regime. The integrated treatment of comorbidity is not fully developed, still being the subject of study. Research is conducted on the basis of the TB division at the Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital named after Yu. K. Erdman (Barnaul). The purpose of the study is to find the best approaches of psychiatric care for patients with pulmonary tuberculosis. The authors employed clinical pathopsycological, epidemiological and statistical methods.

Key words

Health care provision, tuberculosis, mental disorders, combination.

Стационарная специализированная медицинская помощь психически больным, страдающим туберкулезом легких в Алтайском крае оказывается на базе фтизиатрического подразделения Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича». В подразделении получают лечение больные, страдающие двумя социально-значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулезных диспансеров со всей территории Алтайского края. Подразделение располагает тремя психотуберкулезными отделениями, рассчитанными, в общей сложности, на 130 коек, в том числе наркологическим мужским туберкулезным отделением на 20 коек, клинико-диагностической лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, кабинетом функциональной диагностики. В 2014–2015 годах произошло сокращение коечного фонда в общей сложности на 95 коек, 20 коек было перепрофилировано в наркологические.

Амбулаторная медицинская помощь данному контингенту больных оказывается путем тесного взаимодействия участковых психиатров и фтизиатров. В частности, согласно САНПИН, все больные, состоящие на диспансерном учете у психиатра, два раза в год направляются на флюорографическое обследование.

Неблагополучная социальная ситуация, в которой находится большая часть больных, очевидно, создает определенные трудности не только для выявления патологии, но и для реабилитации после курса лечения в стационаре, высока частота повторных госпитализаций [13]. Часто пациенты, выписанные после успешно завершённой интенсивной фазы противотуберкулезной терапии, не принимают противотуберкулезные препараты, и вскоре поступают с ухудшением

состояния. Поэтому для данного контингента больных социальная поддержка является столь же, если не более, важной, чем медицинские мероприятия.

Кроме того, в Алтайском крае существует проблема недостаточного выявления туберкулеза легких среди психически больных, что обуславливает высокий процент «запущенного» туберкулеза у пациентов, поступающих во фтизиатрическое подразделение Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю. К. Как показывает опыт работы в условиях фтизиатрического подразделения, а также анализ литературы, течение туберкулеза легких больше зависит не от психиатрического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулезной терапией в условиях стационара. Адаптивные способности увеличивают риск прогрессирования туберкулеза легких за счет неэффективности амбулаторного лечения.

Как следует из табл. 1, за последние три года отмечается снижение средней длительности пребывания на койке, увеличение оборота койки. Увеличение летальности коррелирует с ростом летальности от туберкулеза легких в Алтайском крае.

В наркологическом отделении, функционирующем с 1 апреля 2015 г., за 2015 год было пролечено 20 больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя в сочетании с туберкулезом легких. Среди них полная ремиссия отмечалась у 2 больных, неполная — у 5, без перемен — у 10, ухудшение (летальный исход) — у 3.

В заключении считаем нужным отметить:

- 1) для совершенствования психиатрической и наркологической помощи необходимо продолжить проводить мероприятия, направленные на увеличение выявляемости туберкулеза легких у лиц, состоя-

Таблица 1. Основные показатели работы подразделения 2011–2014 гг.

	2013	2014	2015
Число сметных коек	225	155	130
План койко/дней	76 500	52 700	44 200
Выполнено к/дней	75 510	46 030	41 198
Процент выполнения плана	98,7	87,3	93,2
Поступило больных	146	108	134
Выбыло больных	184	152	135
Умерло больных	11	13	18
Летальность	6,6	9,8	13,3
Среднее пребывание на койке (выбывших)	611,8	607,4	582,0
Оборот койки	0,73	0,83	1,03
Работа койки	335,6	296,9	316,9

- щих на учете у врачей-психиатров и врачей-психиатров-наркологов;
- 2) необходимо совершенствовать межведомственное взаимодействие при применении к больным, уклоняющимся от лечения туберкулеза легких, обя-

зательного обследования и лечения туберкулеза легких, согласно Федеральному закону РФ от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в российской Федерации».

Библиографический список

1. *Амлаев К. Р., Баронова О. Д.* Особенности эпидемиологии и клинического течения туберкулеза у лиц с психическими заболеваниями. — <http://www.zor-da.ru/muz/> (сайт МУЗ «Городской центр медицинской профилактики» г. Ставрополя).
2. Аналитический обзор по туберкулезу в РФ за 2004 г.: характеристики эпидемического процесса и противотуберкулезной службы. -Минздравсоцразвития России, ЦНИИОМЗ Росздрава России, 2006. С. 6.
3. *Имамов А. Х.* Особенности патогенеза и клиники алкоголизма, возникающего на фоне туберкулеза легких // Журнал неврологии и психиатрии. 1987. № 3. С. 422–424.
4. *Иммерман К. Л., Панкратова Л. Э.* Особенности характера и динамики нервно-психических нарушений у больных с впервые выявленным туберкулезом легких в условиях интенсивной химиотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1988, № 6, С. 109–113.
5. *Пивень Б. Н.* Экзогенно-органические заболевания головного мозга. М.: Медицина, 1998. 144 с.
6. *Рудой Н. М., Чубанов Т. Ч., Джохадзе В. А.* Распределение, клинические проявления, течение и исходы туберкулеза легких у больных психическими заболеваниями и алкоголизмом // Проблемы туберкулеза. 1989. № 1. С. 61–63.
7. *Рудой Н. М., Чубанов Т. Ч., Джохадзе В. А.* Туберкулез легких у больных с психическими заболеваниями, наркоманией и токсикоманией // Проблемы туберкулеза. 1991. № 11. С. 37–40.
8. *Рудой Н. М., Чубаков Т. Ч.* Лечение больных туберкулезом легких, страдающих психическими заболеваниями // Проблемы туберкулеза. 1996. № 2. С. 17–19.
9. Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края в 2010 году // Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Алтайский краевой медицинский информационный центр. Барнаул, 2011.
10. *Фишер Ю. Я., Шейнман В. Л., Гуторова В. А.* Профилактика туберкулеза у пациентов психиатрических больниц // Проблемы туберкулеза. 1991. № 1. С. 18–22.
11. *Шереметьева И. И.* Особенности диагностики экзогенно-органических психических расстройств // Материалы Всероссийской Юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». СПб., 2007. С. 120–121
12. *Ордодец В. С., Баронова О. Д., Новикова Т. И.* Особенности выявления, клиники и лечения туберкулеза легких у больных с психическими заболеваниями // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2009. № 3. С. 34–38.
13. *Зубова Е. Ю.* Особенности течения туберкулеза у психически больных // Рос. мед. журн. 2009. № 1. С. 47–49.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ

REHABILITATION AND ABILITATION

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Барцалкина В. В., к. псих. н., доцент,
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Московский государственный психолого-
педагогический университет»,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В статье обсуждается проблема повышения качества реабилитационной и ресоциализационной деятельности, направленных на профессиональную помощь лицам с аддиктивными расстройствами. Дается обоснование необходимости оказания научно-методической помощи негосударственным реабилитационным центрам. Описываются виды многопрофильной помощи реабилитационным центрам для повышения качества их деятельности.

Ключевые слова

Реабилитация, ресоциализация, лица с аддиктивными расстройствами, реабилитационный центр, многопрофильная помощь.

THE QUALITY PROBLEM OF REHABILITATIONAL AND RESOCIALIZATIONAL ACTIVITIES FOR INDIVIDUALS HAVING ADDICTIVE DISORDERS

**Bartsalkina V.V., PhD (Psychology), Associate Professor,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

This article discusses the issue of improving the quality of rehabilitational and resocializational activities, aimed at professional help for individuals with addictive disorders. The author emphasises the need for providing methodological assistance to non-governmental rehabilitation centers and describes, the types of multidisciplinary assistance of rehabilitation centres, which will improve the quality of their work.

Key words

Rehabilitation, resocialization, individuals with addictive disorders, rehabilitation centre, multidisciplinary assistance.

Одним из наиболее опасных и распространенных факторов, подрывающих жизненные основы российского общества и государства, является неуклонный рост употребления населением психоактивных веществ. Табакокурение, систематическое и чрезмерное употребление алкоголя, экспериментирование (особенно в молодежной среде) с токсическими вещества-

ми (бензин, ацетон, аэрозоли и пр.) и наркотическими средствами (в особенности т. н. дизайнерскими наркотиками — «спайсами») в последнее время стали принимать характер эпидемии.

Сложность ситуации со злоупотреблением психоактивных веществ в РФ еще более усиливается за счет того, что лечение и социально-психологическую

помощь получает сравнительно небольшая часть нуждающихся, у которых сформировалась патологическая зависимость от психоактивных веществ.

Зависимость (аддикция) представляет собой комплексную проблему, имеющую медицинский, психологический, духовный и социальный аспекты. На первых этапах оказания помощи зависимому человеку проводится реабилитация или восстановительное лечение — это процесс и система медицинских и психологических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством психических и физических функций.

Однако медицинская помощь — лишь начало процесса реабилитации таких больных, за которым должна следовать систематическая психологическая и психотерапевтическая работа с сознанием зависимого человека.

Прекращение потребления алкоголя и наркотиков является только началом сложного процесса реабилитации зависимых. Дальнейшее проведение реабилитационно-восстановительных мероприятий, направленных на сохранение ремиссии, является весьма сложной и ответственной задачей. И если на сегодняшний день процесс реабилитации наркозависимых и лиц с другими видами зависимостей реализуется во многих государственных и негосударственных медицинских и реабилитационных центрах (РЦ), то процесс ресоциализации только начал входить в практику помощи зависимым людям.

Ресоциализация означает повторную социализацию, которая происходит на протяжении всей жизни индивида. Ресоциализация характеризуется изменениями установок индивида, целей, норм и ценностей жизни. Цель ресоциализации — обучение новым ценностям, нормам и правилам поведения взамен старых, сформированных болезнью, т. е. обретение нового здорового жизненного опыта.

Как показывает опыт работы с наркозависимыми, после прохождения реабилитационной программы у них может наступить «адаптационный шок», что чревато повышенным риском рецидивов. Большую роль в преодолении этой опасности играют группы взаимопомощи (Анонимные алкоголики — «АА» и Анонимные наркоманы — «АН»), службы постреабилитационного сопровождения (например, «Дом на полпути»). Однако процесс ресоциализации не может ограничиваться только этими формами поддержки. Требуется полноценное включение наркозависимых в здоровые сообщества (образовательные, досуговые, спортивные, волонтерские, профессиональные, религиозные).

В любом случае, процесс полного восстановления личности — это процесс сугубо индивидуальный и требующий особого подхода с учетом личностных и психоэмоциональных особенностей конкретного пациента.

Нам представляется, что успех реабилитации и ресоциализации будет во многом зависеть от того, насколько организация этих процессов будет учитывать и опираться на индивидуальные личностные особен-

ности наркозависимых, исходя из которых можно будет выстраивать индивидуальную траекторию реабилитации и ресоциализации, т. е. выздоровление, проектирование и воспроизводство нового стиля жизни человека по нескольким направлениям: сфера личностного развития, сфера взаимоотношений, профессиональная сфера.

Таким образом, процессы реабилитации и ресоциализации являются трудоемкими и длительными, требующими высокой профессиональной компетенции специалистов, особого внимания к жизнедеятельности пациента в социуме, вплоть до формирования и коррекции микросоциума, необходимого для выздоровления пациента.

К сожалению, реабилитационные структуры и сообщества в настоящее время в нашей стране разнородны и не скоординированы, область реабилитации и ресоциализации не лицензируется, отсутствуют единые профессиональные требования к кадровому составу профессионалов. Такое положение не может не сказаться отрицательно на общей картине выздоровления пациентов. Программы, применяемые в большинстве негосударственных РЦ, не проходят необходимой научной супервизии и не попадают в зону контроля государственных служб. Все это приводит к тому, что полученный результат реабилитации и ресоциализации носит стихийный характер, в результате чего наркозависимые не получают качественных услуг, что приводит к снижению их срока ремиссии.

Попыткой решения этой проблемы явилось открытие в Москве Автономной некоммерческой организации по оказанию научно-методической помощи реабилитационным центрам для лиц с аддиктивными расстройствами «Центр многопрофильной помощи» (ЦМП). В основу деятельности ЦМП были положены научно-практические разработки лаборатории медико-психологической реабилитации Московского государственного психолого-педагогического университета.

Цель работы ЦМП — предоставление негосударственным РЦ многопрофильной помощи для повышения качества реабилитации и ресоциализации лиц с аддиктивными расстройствами.

Многопрофильная помощь включает в себя следующие виды деятельности:

- *Мониторинг* реабилитационного процесса и *экспертная оценка качества услуг*, предоставляемых РЦ лицам с аддиктивными расстройствами на стадиях социальной реабилитации и ресоциализации, с целью выработки профессиональных рекомендаций для оптимизации работы РЦ и обеспечения помощи в их реализации.
- *Корректировка* программ реабилитации и ресоциализации применительно к территориальным и этно-культурным особенностям РЦ.
- *Консультирование по вопросам построения индивидуальных траекторий социальной реабилитации и ресоциализации* для лиц с аддиктивными расстройствами.

- *Содействие в разработке системы кейс-менеджмента* - индивидуального психологического и социального сопровождения процесса выздоровления зависимых лиц.
 - *Супервизия* работы специалистов РЦ с целью профилактики «эмоционального выгорания» и профессиональной деформации.
 - *Содействие в повышении уровня профессиональной квалификации консультантов по вопросам зависимостей и переподготовка специалистов* в области комплексной (медико-психологической и социальной) реабилитации и ресоциализации с получением сертификатов, а также удостоверений и дипломов государственного образца
 - *Подготовка тренеров* в области:
 - *универсальной (первичной) профилактики* социально-значимых заболеваний, ориентированных на популяцию в целом (табакокурение, алкоголизм, наркомания, ВИЧ/СПИД);
 - *селективной (вторичной) профилактики* для детей группы риска развития алкогольной, наркотической, табачной, компьютерной зависимостей.
 - *Систематическое обеспечение РЦ научно-методической литературой* для специалистов в сфере реабилитации и ресоциализации зависимых лиц.
 - *Систематическое обеспечение РЦ методической и научно-популярной литературой* по проблемам зависимостей для реабилитантов и членов их семей.
 - *Обеспечение доступа к эксклюзивным материалам по проблеме зависимостей* в закрытой части информационного сайта ЦМП.
 - *Правовая поддержка РЦ.*
- Практика показывает, что мониторинг работы реабилитационных центров, экспертная оценка качества услуг, профессиональные рекомендации для оптимизации работы и помощь в их реализации обеспечивают благоприятные условия для успешной деятельности реабилитационных центров, отвечающей современным требованиям к социальной реабилитации и ресоциализации.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – ВАЖНЕЙШЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Гурович И. Я., д. м. н., профессор,
руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации
психиатрической помощи,**

**Шмуклер А. Б., профессор, д. м. н.,
главный научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации
психиатрической помощи,**

**Папсуев О. О., к. м. н.,
ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации
психиатрической помощи,**

**Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ
«ФМИЦПН» им. В. П. Сербского Минздрава России,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Статья посвящена проблемам психосоциальной реабилитации и социального восстановления пациентов с расстройствами шизофренического спектра и тяжелой социальной несостоятельности, остающейся в течение всей жизни, что определяет отнесение этих расстройств к группе наиболее высоко инвалидизирующих заболеваний (до 40%). Обсуждаются новые и доказавшие свою эффективность формы помощи. Представлены организационные принципы и возможности применения системы психосоциальной реабилитации во всех регионах страны.

Ключевые слова

Психосоциальная реабилитация, расстройства шизофренического спектра, социальная несостоятельность.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AS THE MOST IMPORTANT DIRECTION OF MENTAL HEALTH CARE TARGETING SOCIAL RECOVERY OF MENTALLY ILL

Gurovich I. Ya., Professor, MD, Head of the Out-of-hospital Psychiatry Department and Psychiatric Assistance Rendering,

Shmukler A. B., Professor, MD, Chief Research Fellow of the Out-of-hospital Psychiatry Department and Psychiatric Assistance Rendering,

Papsuev O. O., PhD (Medicine), Leading Research Fellow of the Out-of-hospital Psychiatry Department and Psychiatric Assistance Rendering,

**Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of the Serbsky State Scientific Centre for Social and Forensic Psychiatry, Ministry of Health Care of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The paper covers the issue of psychosocial rehabilitation and social recovery of patients with schizophrenia spectrum disorders and severe social incompetence during their entire life leading to a disability in up to 40% of cases. The variety of newly developed and proven effective forms of care is discussed. The study establishes some organizational principles and possibilities of implementation of the psychosocial rehabilitation system in all regions of the country.

Key words

Psychosocial rehabilitation, schizophrenia spectrum disorders, social incompetence.

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра занимали и продолжают занимать центральное место в работе психиатрических служб, в частности, также в связи с тем, что они обычно сопровождаются появлением тяжелой социальной несостоятельности, выявляющейся с момента первого эпизода и остающейся в течение всей жизни, что определяет отнесение этих расстройств к группе наиболее высоко инвалидизирующих заболеваний (до 40%). Социальная несостоятельность проявляется во всех сферах жизни — учебе, работе, взаимоотношениях с окружающими, самообслуживании, в нарастающей социальной некомпетентности не только в связи с течением процесса, но и в особых условиях (например, в условиях социальной депривации при длительном пребывании в больнице).

Широта проявлений социальной дезадаптации, выражающаяся не только в снижении трудоспособности, невозможности продолжения и потери трудовой деятельности заставила в последние десятилетия перейти от господствовавшей в психиатрии социально-трудовой реабилитации в ее различных видах, включая получившие широкое распространение такие защищенные формы как лечебно-трудовые мастерские, к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Психосоциальная реабилитация — это восстановление утраченных в условиях нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, уме-

ний взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающие их интеграцию в общество. Практически это комплекс многочисленных модулей (программ), используемых в групповой (также индивидуальной) работе с пациентами наряду с фармакотерапией, которая ведет к исчезновению продуктивных расстройств, а психосоциальное воздействие (тренинги социальных навыков, общения, обучение стратегии совладания с остаточной симптоматикой, независимого проживания, психообразования и др.) — к социальному восстановлению.

Повышение уровня социальной компетенции и активное участие в психосоциальной работе делают самих больных активными участниками реабилитационного процесса, а усвоенные в процессе обучения методики подвергаются генерализации и обогащению при постепенном возвращении пациентов в социальную среду.

Была установлена связь социальной несостоятельности с когнитивным дефицитом — с основными доменами когнитивных функций — с дефицитом нейрокогнитивных «базовых» когнитивных функций, а позже и с дефицитом социальных когнитивных функций (последнее оказывает еще большее дезадаптирующее влияние). Сказанное привело к расширению и дальнейшей дифференциации психосоциальных воздействий. Выявилась также группа некогнитивных расстройств (негативные, сложившиеся в условиях инвалидизации

некоторые поведенческие стереотипы, защитные механизмы, сдвиги в приоритетах и установках и пр.).

Наконец, последний этап в развитии — когнитивная реабилитация, второй блок «направленной» реабилитации; первый был направлен на восстановление навыков, знаний, умений, совладания с остаточной симптоматикой и пр., то есть на восстановление социальной компетентности, второй — на реализацию (восстановление) когнитивного дефицита, с чем как предполагается, по крайней мере, связана основная причина социальной недостаточности. Однако уже сейчас выявилось осложняющее обстоятельство: неравнозначность положительной реакции в виде восстановления когнитивных функций вплоть до ее отсутствия. Предполагается, что это связано с повреждением мозговых механизмов, связанных с когнитивными функциями и пораженных начавшимся болезненным процессом в подростковом возрасте. В этих случаях предлагается вместо включения в тренинги использование методики «компенсаторных когниций» в виде формирования поведенческих стереотипов.

Таким образом, несмотря на сложности и в части случаев отрицательные результаты, арсенал психосоциальной реабилитации представляет собой в настоящее время объемный спектр воздействий, показавший признанную по Кохрановским критериям эффективность и включающий «направленные» методы психосоциальной (включая когнитивную, а также небольшую группу некогнитивных воздействий) реабилитации.

Кроме того, в арсенале остается и занимает также важное место группа опосредованных воздействий, а также других — «общих» воздействий, сохранивших свою значимость с прежнего времени вовлечением хо-

тя бы частично в социальную среду (при социально-трудовой реабилитации — взаимодействие с коллективом, ответственность, трудовой распорядок дня и пр., создание психотерапевтической защищенной среды, важной для продолжения роста социальной компетентности, что в настоящее время широко используется в общественных организациях потребителей психиатрической помощи и их родственников). Всероссийское общество, созданное более десяти лет назад, имеет филиалы в 56 областях РФ, принципы психотерапевтического сообщества создаются и используются при групповом формате психосоциальных воздействий. Наконец, созданы организационные условия, во-первых, в том, что психиатрическая помощь стала полипрофессиональной (с участием врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников). Кроме того, этап деинституционализации, выразившийся в нашей стране в сокращении более четверти всего психиатрического коечного фонда, сопровождался включением в новый «Порядок оказания психиатрической помощи» разработанных нами новых специализированных внебольничных форм психиатрической помощи — несколько вариантов полустационаров, в том числе медико-реабилитационные отделения при диспансерах и в больничных отделениях, что открывает возможность создать в каждом регионе продуманную систему реабилитации психически больных. Актуальная задача каждого региона — создать такие отделения, где они еще не созданы и организовать четкую работу таких подразделений, проявить особое внимание к подготовке квалифицированных кадров для таких подразделений.

REHABILITATION AND RECOVERY*

**Javed M. A., Dr., Consultant Psychiatrist,
The Medical Centre, Manor Court Avenue,
Nuneaton, CV11 5HX, UK**

Psychosocial Rehabilitation covers an important dimension of treatment in Psychiatry. The concept about rehabilitation is not new and has been present from the time people started talking about humane treatment for the mentally ill. Services started during 19th and early 20th century continued witnessing changes especially for the inmates of asylum and big mental hospitals leading to improvements in their medical & social care in many areas of day to day functioning. Most of the big mental hospitals always offered some rehabilitation programmes by keeping the residents occupied and engaged in some outdoor activities. However, the later half of 20th century witnessed a visible change looking at specific needs of the patients for exploring a number of options for better adjustment and resettlement of patients in the community.

Most of the basic principles of rehabilitation have emerged from the concepts of handicaps, disabilities and impairments. These terms have generally been used to describe the impact and consequences of psychopathology & chronic and enduring nature of mental illnesses on functioning of these patients. It is interesting to note that with the changes in use of these terms, the conceptual boundaries and remit of rehabilitation have also changed. The start of community Psychiatry also helped in formulating policies for encouraging and making patient's stay in the community, not only comfortable for their physical and mental health needs, but also for adjustment, re-settlement and achieving better quality of life.

Rehabilitation in psychiatry is generally defined as the application of measures aimed at reducing the im-

* This paper has been prepared from articles published previously by the author.

pect of disabling and handicapping mental health conditions and enabling disabled people to achieve social integration. This definition very clearly determines the underlying process through which a person should adopt or acquire the skills that are needed to overcome the disabilities and there a need to change the environments if significant social integration is to be achieved.

The term rehabilitation also includes different dimensions to describe continuing processes where the outcome is supposed to help patients in managing their day-to-day affairs in a more operative way. With the passage of time the concept of rehabilitation did include areas like meaningful occupation, appropriate housing, stability in relationship and settling back & coping to the normal stream of life. This obviously imparted a lot of responsibilities on the patient and emphasized the importance of the role of "individuals" in this processes of rehabilitation.

Last few decades, recovery has emerged as a new vision as many services are adapting this term as a guiding principle in the field of rehabilitation. By contrast to rehabilitation, recovery may not mean bringing full normality to the patient's life but the goal is to achieve a state of handling of the problems at a more personal level. The concept of recovery is based on the principles of ensuring that patients or the service user becomes more independent in formulating plans for their treatment and should also take a responsible and important role in getting these plans implemented. This concept has gained more popularity while assuming that people with severe mental illnesses may not get complete cure but can function in a more meaningful way in their day to day functioning. Recovery is therefore used in a more general way as an approach, a model, a paradigm, a philosophy or a vision and Anthony's definition that is widely accepted states that the people with the mental illness can recovery even when the illness is not cured and the process of recovery can proceed in the presence of continuing symptoms and disabilities. Recovery therefore involves a personal process of changing one's attitude, feelings, goals and skills and is a way of living a satisfactory and contributing life even with limitations caused by the illness.

Many definitions of recovery are available in the literature. It is commonly described as a journey through which a person aims to live a satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by the illness. It generally speaks about healing and maintaining the dignity while looking at opportunities and efforts to overcome discrimination and devaluation. Recovery has certainly introduced an optimistic vision into the field of mental health. It seems a user driven movement and pursuing what the patients and users feel in terms of overcoming their mental health problems, the concept of recovery is an addition to the understanding of feelings of our patients, as well as, a way forward in bringing them on board. Recovery for example is also defined as a deeply personal unique process of changing ones values, feelings, skills and roles and is a way of living a satisfying and contributing life even with limitations caused by the illnesses. Recovery from the patient's perspective

involves the development of new meaning to their lives and supports for a process that aims at positive adaptation to their illness and disability. The key elements of the definition of recovery including individual's efforts to overcome the impact of mental illness and improving their self esteem have been supported and emphasized by many advocates of the concept of recovery.

Looking at the future of rehabilitation and recovery it looks that the conceptual changes will have a great impact on our practices. The key issues in contemporary mental health services are how to put the experiences of the patients into the practice and if this is to be achieved then professionals need to improve the way they are going to have a dialogue with the other stake holders in this equation. Leaving the distinctions between rehabilitation and recovery on one side, the way forward is to generate some discussions about incorporating the good ideas from both of these concepts into a joint effort that ultimately looks at improving our patient's life and making them independent and more self-governing. It is true that historically most of the rehabilitation practices were started in hospital based settings and the medical model supporting psychiatric rehabilitation was constructed on looking at the psychopathology, recognising the diagnostic boundaries, treatment outcomes and imparting more responsibility to the professionals for making decisions about their patients. Recovery model on the other hand argues about patients experiences and gives a central position to the person and asking about patient's personal meanings of the illness and more importantly to their disability. The emphasis is towards self management and self control with personal responsibility and is not a prescription from doctors but the responsibility of the patient to change his/or her life and having confidence to give up being ill and getting recovered.

It is true that the recovery principles cannot explain all the dimensions of rehabilitation and similarly rehabilitation in contemporary use cannot simply focus only on recovery. It will thus be unfair to replace the word, rehabilitation, with recovery or vice versa. There is however a need for some mutual understanding about the shared vision of recovery in the overall practice of & rehabilitation & making more concrete suggestions about delivering and achieving recovery at different levels of the illnesses and during the process of rehabilitation. It would be worthwhile to consider all these processes as a part of a continuum and not as opposing constructs. An increased interest in getting families and carers involved in the treatment and management strategies would certainly be a way forward and will value their strengths in the care of mentally ill. Professionals, patients and the carers should be considered equal partners although involvement of carers is still not practiced in many parts of the world. There is no doubt that in the developed countries, involvement of families and carers is becoming an integral component of treatment processes but in the low income countries there is still a long way to get this movement accepted in the real practice. There is strong evidence that if patients and carers are involved in the treatment processes and if there is a joint decision, it will certainly make the prognosis of many mental

illnesses more promising. Looking at the core concept of recovery this involvement becomes even more meaningful as the distribution of responsibilities in making any treatment plan effective do increase the value of the joint working.

World Association of Psychosocial Rehabilitation (www.wapr.info) is a unique International organisation that is promoting the concept of rehabilitation, recovery and more importantly involvement of patients, users and carers. Unlike many other professional organisations in

working in the field of mental health, WAPR has got representatives of families and patients on their executive board and they take full responsibility in making decisions and formulating the policies of this International organisation. With the changing trends in mental health it becomes imperative that WAPR continues taking a proactive role in promoting this initiative & help and assist everyone who is involved in the process of rehabilitation in gaining confidence and success in their efforts.

Bibliography

1. *Javed M. A., Afzal M.* Rehabilitation versus Recovery // The Arab Journal of Psychiatry. 2016. Vol. 27 No. 1: 14–19.
2. *Anthony W. A., Cohen M., Farkas M., Gagne C.* Psychiatric Rehabilitation. 2nd edition. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. 2002.
3. *Amering M., Schmolke M.* Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley–Blackwell, 2009.
4. *Lieberman R. P.* Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 2008.
5. National Institute for Mental Health in England. NIMHE Guiding Statement on Recovery. NIMHE. National Institute for Mental Health in England, London. 2005.
6. Royal College of Psychiatrists. Rehabilitation & Recovery Now: Council report CR 121. London. Royal College of psychiatrists. 2004.
7. *Deegan G.* Discovering recovery // Psychiatric Rehabilitation Journal. 2003. 26. Suppl. 4, P. 368–376.
8. *Rosler W.* Psychiatric rehabilitation today: an overview // World Psychiatry. 2006. 5:3. P. 151–157.
9. *Wykes T., Holloway F.* Community rehabilitation: past failures and future prospects // International Review of Psychiatry. 2000. 12. P. 197–205.
10. *Wallcraft J., Amering M., Freidin J., Javed A. et al.* Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers // World Psychiatry. 2011. 10. P. 229–236.

ТРУДОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ МАСТЕРСКИХ

Ещанов Т. С., магистрант, Байжуманова Б. Ш., к. псих. н., доцент,
Евразийский национальный университет имени Л. Н. Гумилева,
Астана, Казахстан

Аннотация

Главная цель настоящей статьи это формирование понятий о трудовой терапии как методу психосоциальной реабилитации в условиях лечебно-производственных мастерских. Особое внимание обращается на трудовую деятельность для лиц с ментальными нарушениями. Автор отмечает важность и заменимость трудовой деятельности в процессе психосоциальной реабилитации, а так же затрагивает вопросы деятельности лечебно-производственных мастерских. Предлагаемый материал может быть использован студентами, психологами, социальными работниками и психиатрами.

Ключевые слова

Трудотерапия, психосоциальная реабилитация, лечебно-производственные мастерские.

OCCUPATIONAL THERAPY AS A METHOD OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN TREATMENT AND PRODUCTION WORKSHOPS

Yeshchanov T. S., Master's Degree Candidate,
Baizhumanova B. Sh., PhD (Psychology), Associate Professor,
L. N. Gumilyov Eurasian National University,
Astana, Republic of Kazakhstan

Abstract

The main purpose of this article is to formulate the concepts of occupational therapy as a method of psychosocial rehabilitation in a therapeutic and production workshops. Particular attention is drawn to the career for persons with mental disorders. The author points out the importance and the substitutability of labor activity in the process of psychosocial rehabilitation, as well as issues affecting the activities of medical and production workshops. The proposed material can be used by students, psychologists, social workers and psychiatrists.

Key words

Occupational therapy, psychosocial rehabilitation, therapeutic and production workshops.

Психосоциальная реабилитация — это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе. Такой вид реабилитации является непрерывным, постоянным, занимающий определенно долгое время процессом. Он имеет ряд медицинских, психологических, педагогических, социальных комплексов.

Лечебно-производственные мастерские (далее ЛПМ) является основной базой для воплощения и организации психосоциальной реабилитации для лиц с ментальными нарушениями. Как говорилось ранее реабилитация таких людей требует особого подхода и различных мероприятий, в связи с этим в ЛПМ предусмотрены разного рода занятия.

Основные мероприятия:

- трудотерапия:
 - столярный цех;
 - слесарный цех;
 - швейный цех;
 - минитипография;
- психологическая помощь:
 - индивидуально-психологическое консультирование;
 - сказкотерапия;
 - арт-терапия;
 - уроки полового воспитания;
 - тренинг эмоциональной саморегуляции;
- социальная поддержка и сопровождение:
 - индивидуально-социальное консультирование;
 - прикрепление пациента к социальному работнику;
- психиатрическое просвещение:
 - психообразовательные беседы;
- приобретение и восстановление навыков общения:
 - тренинг коммуникативности;
 - тренинг «Социальные навыки»;
- приобретение и восстановление навыков самообслуживания:
 - тренинг «Навыки самообслуживания»;
- педагогическое обучение:
 - уроки грамотности (письмо, чтение);
 - уроки компьютерной грамотности;
- художественно-прикладное мастерство:
 - обучение технике рисования;

- занятия по глине и скульптуре;

- досуговое направление:

- занятие по танцам;
- шахматы;
- уроки музыки и вокала;
- спортивные игры.

Трудотерапия является одним из эффективных, успешных направлений работы с лицами с ментальными нарушениями. По мнению Маршинина Б. А. [5] — это терапия повседневными занятиями — форма профессиональной социальной работы, существующая в большинстве стран мира и занимающая важное место в команде специалистов социальной работы, здравоохранения, образования.

Трудотерапия психически больных — область медицинской практики, пограничная между психиатрией, клинической психологией и психологией труда, центральной задачей которой является адаптация психически больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность [4].

Целью трудотерапии является — восстановление и развитие нарушенных функций, формирование компенсаторных навыков по самообслуживанию, ведение домашнего хозяйства, рукоделия, выполнение трудовых операций [3].

По мнению Н. Ф. Дементьевой и А. А. Модестова [2], клиническим фактом является то, что в комплексе реабилитационных мероприятий «труд» имеет положительное воздействие. Трудовая деятельность воспитывает и развивает волевые качества, дисциплинирует, увеличивает концентрацию внимания, способствует повышению настроения, направляет активность человека в приносящий удовлетворение в деятельность.

О. А. Богданова [1] считает, что при групповых формах работы трудотерапия организует, коллективизирует и наряду с этим повышает активность деятельность людей с ментальными нарушениями. Групповая трудотерапия оказывает благоприятное воздействие на формирование ценностных ориентаций и потребностей. В процессе работы происходит становление личности, преодолеваются психологические комплексы; формируются новые межличностные взаимоотношения, а это в свою очередь улучшает и возвращает коммуникативные навыки; пациент внедрен в новую коллективную деятельность, в процессе чего повышается уровень адаптации к новой социальной среде.

Е. И. Холостова отмечает, общеукрепляющая трудотерапия направлена на восстановление физиоло-

гической толерантности пациента до определенного уровня [1].

К организации, в нашем случае это лечебно-производственные мастерские, проводящие трудовую терапию предъявляются определенный перечень требований:

1. Обеспечение многообразия трудовых процессов
2. Постепенное усложнение трудовой деятельности
3. Поддержание интереса к труду
4. Психологический комфорт
5. Постоянное наблюдение врачом, психологом и социальным работником

Обеспечение многообразия трудовых процессов — огромное количество пациентов направляется в ЛПМ и у всех разные интересы, диагноз (МКБ-10), особенности протекания заболевания, личностные особенности и т. д. В связи с этим организация обязана обеспечить разнообразную трудовую деятельность.

Постепенное усложнение трудовой деятельности — по мере прохождения реабилитации у людей с ментальными нарушениями формируются определенные навыки связанные с выполняемой работой. Трудовая деятельность становится шаблонной, монотонной. В результате понижается интерес, мотивация к труду. Поэтому необходимо постепенное усложнение трудовой деятельности, ставить перед пациентом новые цели и задачи.

Поддержание интереса к труду, психологический комфорт, постоянное наблюдение врачом, психологом и социальным работником все эти три пункта непосредственно связанные между собой. Давайте попытаемся описать эту связь. За каждым пациентом закрепляется социальный работник, который виде куратора ведет пациента по реабилитации. Совместно с социальным работником в процесс подключается психолог, сотрудничая отслеживается психическое состояние пациента. При необходимости проводятся индивидуальное консультирование и групповые работы. Далее по мере надобности направляется к врачу. То есть при психосоциальной реабилитации в ЛПМ идет постоянное наблюдение с трех сторон: социальный работник — психолог — врач.

Имеющаяся в ЛПМ трудовая деятельность должна соответствовать индивидуальным возможностям и интересам каждого человека с ментальными нарушениями, диагноз (МКБ-10), особенности протекания заболевания, личностные особенности «морбидной и постморбидной» личности пациента, подтолкнуть к самостоятельности и творчеству, побудить чувство удовлетворенности от проделанной работы и мотивировать к дальнейшей трудовой занятости [6].

Е. И. Холостова [7] выделяет несколько правил, которыми необходимо руководствоваться при направлении в ЛПМ на трудовую терапию:

1. Показания и противопоказания к трудотерапии определяются при индивидуальной оценке физического и психического состояния инвалида и степени функционального повреждения.
2. Трудотерапия включается в систему психосоциальной реабилитации и сочетается с другими используемыми методиками реабилитации.
3. Предпочтительно более раннее начало, легкой и доступной трудотерапии, соответствующей возможностям клиента
4. Ведущими при её назначении являются медицинские показания, но эффект от неё гораздо больше, когда дополнительно учитываются особенности и пожелания клиента.
5. Необходим медицинский контроль и оценка эффективности.

Таким образом, применение трудовой терапии в условиях лечебно-производственных мастерских восстанавливает способности к социальному функционированию, независимому образу жизни, помогает избавиться от чувства одиночества и изоляции, а так же почувствовать удовлетворение от трудовой деятельности. Организация труда в стенах ЛПМ позволяет охватить не только медицинский край реабилитации, но и весь спектр многогранной человеческой души. Психосоциальная реабилитация, в том числе и трудотерапия охватив социальный и психологический характеристики личности, позволяет нам вернуть в общество тех, кто стали заложниками собственного сознания и дать им шанс быть равноправными членами общества.

Библиографический список

1. Богданова О. А. Организация социальной работы в психоневрологических интернатах. Вологда 2006. 58 с.
2. Дементьева Н. Ф., Модестов А. А. Дома-интернаты: От призрения к реабилитации. Красноярск, 1993.
3. Дементьева Н. Ф., Холостова Е. И. Социальная реабилитация: учеб. пособие. М., 2004. 300 с.
4. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
5. Дементьева Н. Ф., Шаталова Е. Ю. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. М., 1992. 220 с.
6. Методические рекомендации. Организация социальной реабилитации инвалидов в реабилитационном центре. М., 2003. 12 с.
7. Холостова Е. И. Технологии социальной работы: учебник / Под общей ред. Проф. Холостовой Е. И. М.: ИНФРА, 2004. 400 с.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА В ДЕЛЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРОЖИВАЮЩИХ В НЕМ ИНВАЛИДОВ

Жигарева Н. П., д. м. н., заслуженный врач РФ, Мишин А. В., к. м. н.,
Иванов В. В., Жигарева П. А.,
Государственное бюджетное учреждение г. Москвы
Психоневрологический интернат № 30,
Российская Федерация

Аннотация

В статье говорится о взаимодействии психоневрологического интерната с городскими учреждениями и организациями в деле охраны психического здоровья инвалидов, проживающих в интернате. Взаимодействие направлено на организацию возможностей и условий, дающих инвалидам интерната приобрести спокойствие и знания для полной их реализации с последующей интеграцией в общество.

Ключевые слова

Психическое здоровье, психоневрологический интернат, межведомственное взаимодействие, инвалид с ментальным расстройством.

INTERAGENCY COOPERATION OF PSYCHONEUROLOGICAL BOARDING SCHOOL IN PRESERVING THE MENTAL HEALTH OF DISABLED PEOPLE

Zhigareva N. P., MD, Honoured Doctor of the Russian Federation,
Mishin A. V., PhD (Medicine), Ivanov V. V., Zhigareva P. A.,
State Budgetary Institution "Psychoneurological Boarding School No. 30",
Moscow, Russian Federation

Abstract

This article refers to the interaction between the psychoneurological boarding school and municipal organizations which take care of the mental health of disabled people who live in boarding school. Cooperation focuses on providing opportunities and conditions which give people with disabilities a feeling of calmness and knowledge for their personal realization with subsequent integration into the society.

Key words

Mental health, psychoneurological boarding school, interagency cooperation, disabled with a mental disorder

В контексте национальных усилий по разработке и осуществлению политики в области психического здоровья крайне важно не только защищать и укреплять психическое благополучие граждан, но также решать проблемы, связанные с потребностями лиц с определенными психическими расстройствами. Охрана психического здоровья людей с ментальными ограничениями, проживающих в психоневрологических интернатах, на сегодняшний день становится все более актуальной, так как она решается не только в условиях интерната, но напрямую зависит от взаимодействия различных структур и учреждений государственного, частного и общественного уровней и различного профиля деятельности.

Государственное бюджетное учреждение г. Москвы Психоневрологический интернат № 30 Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы является стационарным социально-медицинским учреждением для проживания инвалидов, страдающих психическими расстройствами. Интернат обеспечивает создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организацию сильной трудовой деятельности, отдыха и досуга. В связи с таким широким диапазоном задач интернат может осуществлять свою деятельность только тесно взаимодействуя организациями и учреждениями горо-

да, постоянно расширяя стратегии своего взаимодействия (рис. 1).

Учитывая специфику структуры и задач психоневрологического интерната, особенности его функционирования как учреждения, осуществляющего медицинскую деятельность с одной стороны, и учреждения для проживания инвалидов, с другой, мы подошли к анализу внешних связей, взаимодействия психоневрологического интерната с различными учреждениями на основе использования понятия «служба», объединяющих деятельность отдельных учреждений с близкими функциями. Общими задачами таких служб могут являться укрепление здоровья, профилактика психических расстройств, а также лечение и реабилитация людей, страдающих психическими расстройствами с целью добиться физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней этой категории людей, а так же интеграция инвалидов в общество.

Социальная служба имеет многоступенчатую и разнопрофильную структуру. В городе Москва работу социальных учреждений возглавляет Департамент труда и социальной защиты населения, который координирует работу учреждений социальной сферы, в том числе и психоневрологических интернатов

Управление социальной защиты населения (УСЗН) округа или района во взаимодействии с Управой непосредственно координирует работу психоневрологических интернатов, находящихся на подведомственной территории. Работники Территориальных Центров социального обслуживания (ТЦСО) проводят обследование жилищно-бытовых условий лиц, проживающих на своей территории и нуждающихся в социальной помощи, при необходимости оказывают помощь в оформлении документов для определения инвалида в интернат. Отделы социальной защиты населения (ОСЗН) района начисляют необходимые выплаты, определяют положенные льготы инвалидам района, в том числе и проживающим в психоневрологических интернатах.

Медицинская служба Психоневрологический интернат в своей работе постоянно взаимодействует с учреждениями Департаментом Здравоохранения. В психиатрическую клиническую больницу № 1 в случае обострения психического расстройства переводятся пациенты интерната. После возвращения пациента из психиатрической больницы в интернат большое значение имеет не только поддерживающее медикаментозное лечение, но и психологическая и социальная поддержка. В территориальных поликлиниках и диспансерах инвалидам интерната оказывается специализированная медицинская помощь: онкологическая, кардиологическая, пульмонологическая, гинекологическая, гематологическая, эндокринологическая, травматологическая, урологическая, инфекционная и стоматологическая.

Экспертная служба объединяет ряд учреждений, среди которых бюро медико — социальной экспертизы, осуществляющее переосвидетельствование инвалидов, разрабатывающее и контролирующее реализацию индивидуальной программы реабилитации

и абилитации (ИПРА) инвалидов интерната, а также учреждения, осуществляющие судебно-психиатрическую экспертизу (ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, ФМИЦПН им. В. П. Сербского), которые проводят выездные амбулаторные и стационарные экспертизы в случаях необходимости экспертных решений по заключению суда.

Юридическая служба решает вопросы, связанные с защитой прав инвалидов интерната, предоставляя всеобщие юридические гарантии, защищающие людей от действий, противоречащих основным свободам и достоинству человека. Сюда входит защита имущественных интересов недееспособных инвалидов, контроль деятельности опекунов, работа органов опеки и попечительства. В структуру юридической службы входят также суды общей юрисдикции, занимающиеся рассмотрением вопросов, касающихся имущественных и личных интересов инвалидов, в т. ч. дееспособности.

Налоговая служба представлена во взаимодействии с психоневрологическим интернатом налоговой инспекцией, которая получает сведения о социальном статусе инвалидов, проживающих в этом учреждении, и оформляет ИНН работающим инвалидам.

Служба занятости Применительно к психоневрологическому интернату «служба занятости» включает учреждения, где трудоустроены инвалиды интерната, получившие трудовые и элементарные профессиональные навыки. В число этих учреждений входят учреждения здравоохранения, бытового обслуживания, а так же сам интернат, предоставляющий рабочие места своим подопечным.

Духовная служба — может быть, не очень корректное наименование той области, в которой психоневрологический интернат осуществляет взаимодействие с учреждениями Русской православной церкви, в т. ч. с Домовым храмом интерната. Храм осуществляет православную, культурно-просветительскую, проповедническую, миссионерскую и социально-благотворительную деятельность, которая оказывает положительное психологическое воздействие на инвалидов.

В своей деятельности интернат взаимодействует с различными *фондами*:

- фонд социального страхования (ФСС) — финансирует обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, абсорбирующим бельем;
- пенсионный фонд РФ осуществляет назначение пенсий, оформление пенсионных свидетельств и льготных справок на лекарственное обеспечение инвалидов интерната;
- благотворительный фонд объединяет ряд учреждений, предприятий государственной и коммерческой форм собственности, а также Муниципалитет района Чертаново-Центральное, оказывающих безвозмездную помощь интернату Содержанием благотворительной деятельности таких учреждений является предоставление инвалидам бесплатного посещения концертов, киносеансов, содействие в организации экскурсий и т. д.



Рис. 1. Взаимодействие ПНИ № 30 с городскими учреждениями

Психоневрологический интернат взаимодействует с образовательными учреждениями г. Москвы. Несмотря на особенности психического состояния и развития интеллекта, некоторые инвалиды обучаются в общеобразовательной школе, специальных коммерческих школах, техникуме, учебных заведениях под эгидой религиозно-христианской церкви.

В целях организации социально-культурной реабилитации инвалидов психоневрологический интернат взаимодействует с органами и учреждениями культуры г. Москвы, заключая договора о культурно-досуговых мероприятиях.

Физкультурно-оздоровительная и спортивная деятельность интерната осуществляется на основе постоянного взаимодействия с учреждениями физкультуры и спорта района и города, с организацией «Специал Олимпик», что дает возможность активного физического развития и стабилизации психического состояния инвалидов интерната.

Необходимо отметить важность взаимодействия психоневрологического интерната с органами власти — Префектурой и районной Управой. Приоритетными задачами сотрудничества являются обеспечение всех основных видов социальной поддержки инвалидов, улучшение материально-технической базы интерната, проведение праздничных мероприятий.

Органы опеки и попечительства Внутригородского муниципального образования Чертаново-Центральное г. Москвы осуществляет защиту имущественных интересов недееспособных инвалидов, проживающих в интернате, контроль за деятельностью опекунов, опекунской комиссии психоневрологического интерната.

Интернат сотрудничает с государственным унитарным предприятием города Москвы «Московская социальная гарантия» (ГУП «Моссоцгарантия»), которое обеспечивает выпускников интерната социальным жильем. Инвалиды, достигнувшие хорошего уров-

ня социального функционирования, выписываются из психоневрологического интерната, трудоустраиваются и проживают в выделенных им квартирах.

Таким образом, психоневрологический интернат, как государственное учреждение, оказывающее медико-социальную помощь лицам с ограничением психического здоровья, находится в постоянном активном взаимодействии с различными органами и учреждениями города. Его внешние связи обусловлены задачами учреждения, с одной стороны, и сложившейся ин-

фраструктурой города Москвы, с другой. Это обстоятельство позволяет психоневрологическому интернату эффективно решать вопросы охраны психического здоровья инвалидов, проживающих в интернате, помогая им реализовать все свои способности, научиться справляться с обычными жизненными нагрузками, продуктивно и плодотворно работать и приносить пользу обществу, широко используя все методы инклюзивного порядка, предоставляемые окружающей инфраструктурой города.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА БАЗЕ ГАУЗ МО ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 22 Г. О. ХИМКИ

**Кралья А. А., врач-психотерапевт,
руководитель подразделения медико-социальной реабилитации,
Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области
«Психиатрическая больница № 22»,
Химки, Российская Федерация**

Аннотация

В статье изложена концепция и опыт внедрения на базе ГАУЗ МО ПБ № 22 г. ХИМКИ программы медико-социальной реабилитации, предусмотренной для стационарной и амбулаторной работы с пациентами с психическими расстройствами, направленной на восстановление их социально-трудового, психологического и культурного статуса в обществе.

Ключевые слова

Психотерапия, социальная реабилитация.

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION AT THE MENTAL HOSPITAL NO. 22 IN KHMKI (MOSCOW REGION)

**Kralya A. A., Psychotherapist, Head of Medical and Social Rehabilitation,
State Autonomous Healthcare Institution
of the Moscow Region Psychiatric Hospital No. 22,
Khimki, Russian Federation**

Abstract

In this article, the programme of medical and social rehabilitation is presented. The purpose of the programme is integration of people with mental disorders into the society.

Key words

Psychotherapy, social rehabilitation.

Актуальность проблемы медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Еще несколько десятилетий назад реабилитация психически больных в нашей стране осуществлялась в основном в рамках стационаров психиатрического профиля и носила преимущественно медицинскую направленность [1]. В последнее время ситуация изменилась. Такие подходы как психотерапия и психосоциальная реабилитация заняли прочное и важное место. Однако до сих пор в практике работы

отечественных психиатрических служб арсенал психосоциальных мероприятий, в сравнении с зарубежными странами, остается недостаточным. Психиатрические больницы и диспансеры испытывают большой дефицит сотрудников, сил, средств и внедренных методов психотерапии и реабилитации, которые бы «прижились» в больнице позволили выйти показателям лечения психически больных на высокий уровень.

Для многих пациентов, наблюдающихся у психиатров, характерна выраженная социальная дезадап-

тация, затрагивающая различные стороны их жизни. Как правило, психическое заболевание сопровождается нарастанием замкнутости, неуверенности в себе, страхом перед окружающей действительностью в связи с ее неадекватной оценкой, утратой эмоциональных контактов и социальных навыков. В конечном счете, все это приводит к «выпадению» лиц с психическими расстройствами из общества, что само по себе способствует прогрессированию болезни.

Реабилитация психически больных зачастую ограничивается устранением психопатологической симптоматики, а должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности[2].

Вышесказанное обосновывает важность разработки и внедрения программ медико-социальной реабилитации отвечающих требованиям современного общества.

Концепция и теоретико-методологические основы программы. Программа социально-культурной и психологической реабилитации пациентов с психическими расстройствами была разработана и внедрена на базе ГАУЗ МО Психиатрическая больница № 22 при активной поддержке Союза охраны психического здоровья и волонтерского движения. Она выстроена по модели терапевтического сообщества и базируется на главном принципе — терапии средой. Это предполагает изменение жизненных установок и стереотипов поведения пациентов за счёт группового влияния созданной вокруг больного терапевтической среды.

Изменения во внутреннем мире происходят под влиянием приспособления (научения-переобучения), трансформации убеждений — в результате неэффективные копинг-стратегии заменяются более эффективными. При условии длительного воздействия психотерапевтических вмешательств, преобразования затрагивают глубокие личностные мотивы и комплексы, что влечет за собой изменение образа жизни в целом, а в конечном итоге приводит к адаптации в обществе.

Цель Программы: социокультурная и психологическая реабилитация больных с психическими расстройствами путем предоставления комплекса социально-реабилитационных услуг.

Стимуляция социальной активности пациентов в рамках программы реабилитации включает моделирование решения реальных жизненных задач. Такое моделирование обеспечивается:

- 1) включением пациентов в мастер-классы по терапии занятостью, трудотерапию и рекреационные мероприятия;
- 2) целевыми индивидуальными и групповыми (в различных терапевтических развивающих группах: тренинг социальных навыков, танцевально-двигательная терапия, музыкальная терапия, театральная терапия, кинотерапия, групповая полимодальная терапия) занятиями;
- 3) непосредственной стимуляцией деятельности пациентов по конкретному решению индивидуальных проблемных ситуаций — от социальных до психо-

логических. Продвижения их по «реабилитационной лестнице» от позиции пациента к позиции и статусу волонтера.

Для реализации поставленных задач в нашей работе мы используем следующие направления реабилитации:

Психотерапия. Цель психотерапии — помощь в преодолении болезненных переживаний и форм поведения, возникших в связи с психическим расстройством. Применяются индивидуальная, семейная и групповая формы лечения.

Индивидуальная психотерапевтическая работа проводится с целью определить основные психологические цели и мишени, выработать индивидуальную для каждого больного стратегию лечения.

Семейное консультирование направлено на поиск путей решения социальных проблем пациентов (внутрисемейных, по поводу трудоустройства, восстановления документов, опеки и т. д.).

Терапевтические группы проводятся с целью повысить идентификацию пациентов с собственными эмоциями и ролью в жизни, испытать сопричастность к опыту других людей, научить построению адекватных стратегий по решению проблем и конфликтов, преодолеть травматические переживания. В формате групповых занятий проводится музыкальная терапия, танцевально-двигательная терапия, театральная терапия, кинотерапия, группа полимодальной психотерапии.

Экспериментально-психологическое обследование проводится клиническим психологом с каждым вновь поступившим в стационар пациентом. Обследование направлено на изучение реальной деятельности человека; качественный анализ различных форм распада психики; раскрытие механизмов нарушенной деятельности и возможностей её восстановления.

Организации досуга — организация концертов и мероприятий приуроченных к праздникам и памятным датам, культурно-информационные встречи (чайные церемонии, цикл семинаров «Деревья»).

Терапия занятостью и декоративно-прикладное творчество включают трудотерапию и другие мероприятия, направленные на вовлечение пациентов в режим постоянных трудовых процессов, обеспечение содержательного досуга, развитие таких качеств, как организованность, дисциплинированность, целеустремленность, ответственность, умение планировать свое время, решать поставленные задачи. В рамках терапии занятостью на базе ГАУЗ МО ПБ № 22 при помощи волонтеров и Союза охраны психического здоровья проводятся занятия по мыловарению, росписи по дереву, бисероплетению, ткачеству, изготовлению продукции из вторсырья, лепке из теста, росписи пряников пищевой глазурью.

Физическая культура в режим стационара включает ежедневные мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, дозированные физические нагрузки. Установлена договоренность с Центром «Благо», занимающимся организацией спортивных мероприятий для инвалидов, который принимает амбулаторных пациентов нашей больницы.

Реабилитационный процесс разбит на следующие этапы: (1) терапия подострых нарушений, установление контакта с больным и мотивирование его на участие в программе, посещение мероприятий по терапии занятостью, начальный курс психотерапии (1–2 месяца), (2) стабилизация состояния, выписка из стационара, основной курс психотерапии в амбулаторном порядке и продолжение посещения групповых занятий (3–6 месяцев); (3) поддерживающие мероприятия: профилактические беседы врача-психотерапевта, направленные на формирование здорового образа жизни, отслеживание психического статуса пациента, вовлечение пациента в волонтерскую деятельность (от 6 месяцев до 1 года).

Комплексный подход подразумевает сочетание на всех этапах необходимых воздействий медикаментозного, психотерапевтического и социально-ориентированного характера. То есть пациентам предлагается многосторонняя поддержка и помощь в решении различных проблем: консультирование по проблемам психического и соматического здоровья, работа со средой (семья, социальные службы), психотерапия и психокоррекция, терапия занятостью и арт-терапия, трудотерапия.

Пациенты участвуют в разнообразных мероприятиях и могут «пробовать» свои предпочтения в различных мастер-классах и трудотерапии, регулярно осуществляемых в стационаре. По данным предпочтениям подбирается основной метод реабилитации, который становится стержневым.

Объем, длительность и формы психотерапевтической и социально-психологической помощи, состоящих на учете пациентов, определяются в соответствии с утвержденными Стандартами первичной медико-санитарной помощи и Стандартами специализированной

медицинской помощи. По желанию пациента, психотерапевтическая или психокоррекционная работа может быть расширена в рамках оказания платных услуг.

Сотрудники Службы выстраивают свою работу в бригадном взаимодействии друг с другом и со специалистами других отделений. Регулярно участвуют в общих собраниях, на которых решаются вопросы об определении индивидуальной программы для каждого пациента, а также обсуждаются организационные вопросы по взаимодействию. Для создания реабилитационной среды в больнице, решения профессиональных проблем и профилактики эмоционального выгорания для персонала организуются рекреационные мероприятия, супервизорские и балинтовские группы.

Заключение. Опыт внедрения социо-культурной и психологической реабилитации в комплексную программу психолого-психиатрической помощи больницы является уникальным по объему предложений для основных ее потребителей (пациентов и их родственников). Представленная модель психосоциальной реабилитации больных с психическими расстройствами построена на принципах добровольческого волонтерского движения и терапевтического сообщества и обеспечивает восстановление пациентов не только в плане навыков коммуникации и труда, но и в широком контексте культурных и общечеловеческих ценностей. В общем объеме мероприятий большой удельный вес отводится рекреационно-оздоровительной, культурно-творческой, развивающей и информационно-просветительской деятельности. Пациенты имеют возможность музицировать, рисовать, заниматься физической культурой. Специалисты работают над организацией культурных мероприятий: концертов, спектаклей, выставок. Данный вид деятельности отличается широтой выбора и добровольностью.

Библиографический список

1. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. М.: Медицина, 1985. 216 с.
2. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: Медицина, 2001. 544 с.

МОДЕЛИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Митихин В. Г., к. ф.-м. н., ведущий научный сотрудник,
Митихина И. А., к. м. н., ведущий научный сотрудник,
Ястребов В. С., д. м. н., профессор,
Солохина Т. А., д. м. н., ведущий научный сотрудник,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», РАН,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

На уровне популяции получены модели влияния социально-экономических и медико-демографических факторов на динамику основных показателей (болезненности, заболеваемости, уровня суицидов) психического здоровья населения России в период 1992–2014 гг. Дана качественная интерпретация динамики показателей психического здоровья населения России. Разработанные модели могут быть использованы для планирования медико-социальных программ в области охраны психического здоровья населения.

Ключевые слова

Психическое здоровье, болезненность, популяция, модель, показатель, социально-экономические факторы.

MODELS OF THE INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS ON MENTAL HEALTH IN THE RUSSIAN FEDERATION

Mitikhin V. G., PhD (Physics and Mathematics), Leading Researcher,
Mitikhina I. A., PhD (Medicine), Leading Researcher,
Yastrebov V. S., MD, Professor, Solokhina T. A., MD, Leading Researcher,
Mental Health Research Centre,
Moscow, Russian Federation

Abstract

At the population level, the obtained models evaluate the impact of socio-economic, medical and demographic factors on the dynamics of the main indicators (prevalence, incidence, level of suicides), mental health of the Russian population from 1992 to 2014. The paper provides a qualitative interpretation of the dynamics of the mental health indicators in the Russian population. The developed models can be used for the planning of health and social programmes in the mental health field.

Key words

Mental health, prevalence, population, model, indicator, socio-economic factors.

Масштабные социально-экономические и политические перемены в России, начавшиеся в последнее десятилетие Х века и сегодня еще далеко не завершившиеся, оказали негативное влияние на состояние психического здоровья населения. Рассматриваемый сложный период реформ в России предоставил для эпидемиологии социально-значимых заболеваний (в том числе и психических) уникальный материал, который дал возможность исследователям, начиная с конца 1990-х годов, изучать [2, 4–6, 10] качественные и количественные оценки влияния социально-экономических и медико-демографических факторов на состояние здоровья населения.

Цель исследования: на основе результатов качественного анализа влияния медико-демографических и социально-экономических факторов на состояние психического здоровья населения РФ, получить количественные оценки влияния этих факторов на основные показатели болезненности, заболеваемости, уровня суицидов населения РФ в период 1992–2014 гг.

Материал и методы. Материалом для данной работы послужила совокупность российских научных публикаций, посвященных эпидемиологическим аспектам состояния психического здоровья населения РФ на уровне популяционных исследований. В качестве источников информации использовались следующие данные: 1) данные официальной российской медицинской статистики о контингентах лиц, имевших психические расстройства в период 1992–2014 годы [1, 3, 8]; 2) данные официальной государственной статистики о медико-демографическом и социально-экономическом положении населения России в указанный период [3, 7].

Методы анализа данных: 1) для оценки значимости связей между показателями психического здоровья

и медико-демографическими, социально-экономическими факторами использовался корреляционный и регрессионный анализ; 2) данная работа использует методику системного анализа данных и аналитические методы, предложенные в предыдущих работах авторов [5–6, 9–10]; 3) все расчеты и статистические оценки значимости полученных моделей выполнялись в среде MS Excel.

Результаты и обсуждение. В качестве примера на рис. 1 приведены фактические значения показателя болезненности психическими расстройствами в РФ в 1992–2014 годы на основе данных официальной статистики (стационарный и диспансерный учет) и значения, полученные расчетным путем по модели (1). Модель получена на основе статистического анализа значений показателя болезненности и широкого круга медико-демографических и социально-экономических факторов и показателей (общий список факторов и показателей включает более 60 наименований) в период 1992–2014 годы. Модель обладает высокой надежностью $R^2 = 0,991$ (т. е., объясняющая на 99,1% вариацию показателя болезненности), что визуально можно заметить по рис. 1:

$$PR = 985,01 + 3,896 P_s - 5,374 P_o - 0,182 M_i + 1,995 M_o, \quad (1)$$

где PR (prevalence) — модельное значение болезненности психическими расстройствами на 10 000 чел. населения, P_o — численность населения в млн человек, P_s — число должностей психиатров на 100 000 населения, M_i — миграционный прирост в десятках тысяч человек, M_o — смертность населения на 1000 человек.

Комментарий к модели (1). Роль факторов:

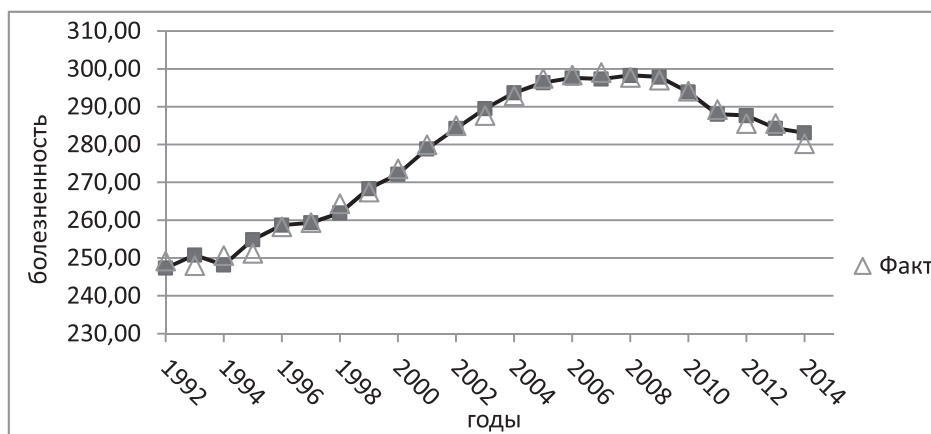


Рис. 1. Фактические значения и значения по модели (1) для болезненности (на 10 000 населения) психическими расстройствами в России в 1992–2014 годы.

а) основным фактором следует считать P_s (число должностей психиатров). Этот чисто статистический вывод совпадает с ожидаемым выводом — значимость психиатра в системе психиатрической помощи: выявление и терапия больных;

б) примерно такой же вклад (примерно на 10% меньше) в изменение величины PR дает численность населения (P_0) — этот фактор следует рассматривать в свете действия принципа демографического императива [4], который декларирует демографическую обусловленность основных явлений и процессов, изучаемых социально-экономическими науками. При этом необходимо выделить направленность влияния этого фактора (коэффициент фактора P_0 в модели (1) отрицательный), что означает рост болезненности при депопуляции населения. На качественном уровне этот эффект можно интерпретировать как «стресс депопуляции».

в) факторы M_i и M_0 — соответствуют стрессовым факторам миграции и смертности;

г) стабилизация и уменьшение показателя болезненности психическими расстройствами в рамках модели (1) возможно, в первую очередь, при росте ресурсов службы психического здоровья и при росте численности населения (т. е., при ослаблении «стресса депопуляции»).

Модель (1) позволяет с высокой точностью выполнять прогнозирование (на ближайшие годы) рассматриваемого показателя болезненности, используя значения указанных медико-демографических факторов.

Аналогично получены надежные модели (R^2 в пределах от 0,95 до 0,99) показателей болезненности для основных диагностических групп: непсихотические расстройства, психозы, умственная отсталость, которые включают зависимости от таких социальных факторов как — доля вынужденных (по медико-соци-

альным показателям) аборт; число суицидов в российской популяции, младенческая смертность.

Модели для показателей заболеваемости по основным диагностическим группам (получены в работе [5]) также характеризуются высокой статистической надежностью и включают зависимости от таких медико-социальных факторов как — число должностей психотерапевтов на 100 000 населения, отношение средней пенсии к среднему доходу.

Еще одним показателем негативной обстановки в сфере общественного психического здоровья служит высокий уровень самоубийств. Опираясь на расширенный корреляционный анализ данных за период 1992–2012 годы, можно предложить [6] простую, но достаточно точную ($R^2 = 0,957$) регрессионную модель для описания динамики показателя суицидов в зависимости от ожидаемой продолжительности жизни, и болезненности психическими расстройствами.

Заключение. Полученные результаты позволяют сформулировать следующие выводы:

- 1) на уровне популяции получены количественные оценки влияния социально-экономических и медико-демографических факторов на динамику основных показателей (болезненности, заболеваемости, уровня суицидов) психического здоровья населения Российской Федерации в период 1992–2014 годы;
- 2) разработанные модели, связывающие основные показатели психического здоровья населения с медико-демографическими и социально-экономическими факторами, имеют хорошие прогностические характеристики, что позволяет использовать их в качестве инструмента оперативного мониторинга и планирования деятельности медико-социальных служб.

Библиографический список

1. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). М.: Медпрактика, 2000, 506 с.
2. Жариков Н. М., Иванова А. Е., Юриков А. С. Факторы, влияющие на состояние и динамику психического здоровья населения // Ж. невропат. и психиат. 1996. 3. С. 79–87.

3. *Здравоохранение в России. Стат. сб. М.: Росстат. 2015, 174 с.*
4. *Капица С. П. Демографическая революция и Россия // Век глобализации. 2008. 1. С. 128–143.*
5. *Митихина И. А., Митихин В. Г., Творогова Н. А., Ястребов В. С. Эпидемиологические модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения // Ж. неврол. и психиат. 2012. 112: 4. С. 4–10.*
6. *Митихина И. А., Митихин В. Г., Ястребов В. С. Моделирование динамики показателя суицидов населения Российской Федерации в период 1992–2012 гг. // Ж. неврол. и психиат. 2016. 116: 2. С. 90–94.*
7. *Россия в цифрах. 2015. Стат. сборник. М.: Росстат, 2015, 543 с.*
8. *Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в РФ (2005–2013). Стат. справочник / Под ред. З. И. Кекелидзе и Б. А. Казаковцева. М., 2015, 572 с.*
9. *Ястребов В. С., Митихин В. Г., Чуркин А. А., Творогова Н. А., Митихина И. А. Методологические основы решения проблем мониторинга и оценки деятельности психиатрических служб: национальный и международный аспекты // Ж. неврол. и психиат. 2004. 104: 8. С. 3–9.*
10. *Ястребов В. С., Митихина И. А., Митихин В. Г. К методологии построения медико-демографических моделей для динамической оценки психического здоровья населения // Психиатрия. 2008. 2. С. 38–47.*

ПРОБЛЕМА ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ

**Морозова Е. В., к. псих. н., Метцлер А. В., Скотигор О. С.,
Федеральное государственное бюджетное учреждение
Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации,
Государственное бюджетное учреждение города Москвы Психоневрологический
интернат № 22 Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В статье изложены методологические подходы к изучению проблемы эффективной организации психосоциальной реабилитации больных, проживающих в психоневрологических интернатах, раскрыта концепция исследования факторов, определяющих эффективность реабилитационного процесса, указан механизм количественно-качественного мониторинга реабилитационных параметров и динамических изменений, произошедших в ходе реабилитации в виде формализованного документа «Психосоциальная реабилитационная карта» проживающего.

Ключевые слова

Инвалиды, психоневрологические больные, психоневрологический интернат, психосоциальная реабилитация, реабилитационная активность, участие, вовлеченность в реабилитацию, психосоциальная реабилитационная карта, доступная реабилитационная среда.

PROBLEM OF THE ORGANIZATION OF COMPLEX PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF THE DISABLED PEOPLE LIVING IN PSYCHONEUROLOGICAL INPATIENT INSTITUTIONS

**Morozova E. V. PhD (Psychology), Metsler A. V., Skotigor O. S.,
Federal Bureau of Medico-Social Examination of the Ministry of Labour and Social
Protection of the Russian Federation,
Psychoneurological Boarding School No. 22 of Department of Labour and Social
Protection of the Population of the City of Moscow,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article describes the methods of researching issues of effective organization of psychosocial rehabilitation among patients from psychoneurological inpatient institutions. The authors demonstrate the concept of defining factors which determine the efficiency of the rehabilitation process. In addition, the article presents the monitoring

mechanism of quantitative and qualitative dynamic changes in the rehabilitation process, as a formalised document "Psychosocial Rehabilitation Map".

Key words

persons with disabilities, neuropsychiatric patients, psychoneurological inpatient institutions, psychosocial rehabilitation, psychosocial rehabilitation map.

Актуальность данной проблемы определяется значительным числом инвалидов психоневрологического профиля, пожизненно проживающих в психоневрологических интернатах, остро нуждающихся не только в медицинском и санитарно-гигиеническом сопровождении, но и в эффективной психосоциальной помощи, которая на данном этапе отсутствует в системном виде в учреждениях подобного типа.

Социальная политика государства в отношении инвалидов направлена на приведение отечественных реабилитационных подходов к современным международным тенденциям с учетом, ратифицированной нашей страной Конвенции о правах инвалидов, положений Международной классификации функционирования жизнедеятельности и здоровья (МКФ), а также государственной программы «Доступная среда», продленной до 2020 г., обеспечивающих учет всей совокупности проблем данной социально-демографической группы.

Современные исследования в области реабилитации больных психоневрологического профиля в основном затрагивают вопросы совершенствования реабилитационных подходов с позиции социологии и разработки механизмов для эффективной интеграции инвалидов в общество в широком социальном контексте. (Ткаченко В.С. 2007 г., Петросян В.А., 2010 г.; Иванов А.В. 2010, Жигарева Н.П. 2011). Новейшие реабилитационные подходы с позиций психологической реабилитации инвалидов стационарных учреждений психоневрологического профиля представлены за последнее время в единичных работах (Огарь Д.В. 2011, Морозова Е.В. 2010, 2012, 2013).

Отсутствие единых методологических подходов в психосоциальном сопровождении больных, находящихся на постоянном проживании в учреждениях психоневрологического профиля и потребность в регулировании деятельности специалистов данных учреждений, обуславливает необходимость приведения их работы к единой концепции. На практике, реализация реабилитации данного контингента сводится к формальным действиям, организованным на местах в хаотичной манере, без четкого алгоритма деятельности каждого специалиста и системы механизмов контроля и оценки эффективности реабилитации [1, 3].

Решение данной проблемы, подразумевает изучение и разработку эффективной технологии психосоциальной реабилитации психоневрологических больных, учитывающую весь многофакторный круг проблем, возникающих в процессе реабилитации с целью повышения их реабилитационной активности и участия независимо от нозологической принадлежности и функциональной степени тяжести заболевания.

Нозологическая специфика больных пожизненно проживающих в психоневрологических интернатах подразумевает выраженное (либо значительно выраженное) снижение психического функционирования, а также традиционно сочетанные с ним нарушения. При этом, при хорошей управленческой модели, в учреждениях интернатного типа возможно создать все условия для доступного получения необходимых реабилитационных услуг, и с точки зрения градостроительной доступности и кадрового потенциала, и с точки зрения обеспеченности техническими средствами реабилитации, организации различных реабилитационных мероприятий, (в отличие от возможности получения требуемого спектра реабилитационных услуг для инвалидов, проживающих на дому).

Современная концепция реабилитации больных, проживающих в интернатах должна опираться на положение о развитии посильной активности и участия больных (посредством их вовлеченности в различные мероприятия социокультурной, психолого-педагогической и спортивной реабилитации), так как о функциональной компенсации и психическом восстановлении (в силу тяжести функциональных нарушений) как правило, речь не идет.

Концепция исследования для реализации поставленной цели подразумевает комплексное лонгитюдное изучение больных, за трехлетний реабилитационный период. В ходе первичной оценки будут исследованы клинично-демографические и психосоциальные характеристики больных, проживающих в психоневрологическом интернате для выделения значимых структурных компонентов реабилитационного процесса и мишеней реабилитации; проанализирован существующий на данном этапе алгоритм оказания психосоциальных реабилитационных услуг, формы и методы их реабилитации. Далее, будет производиться ежегодная этапная оценка с учетом динамики клинично-демографических и психосоциальных параметров больных различных исследуемых групп, в зависимости от вида полученных реабилитационных мероприятий и услуг, с целью выявления значимых факторов, влияющих на повышение реабилитационной активности и участия больных. Результаты исследования позволят разработать эффективную технологию организации комплексной психосоциальной реабилитации психоневрологических больных и механизм ее мониторинга в условиях психоневрологического интерната.

Выборочная совокупность больных ($n = 170$), проживающих в Психоневрологическом интернате № 22, подведомственного Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы, сформирована с учетом возрастного фактора. Больные подо-

браны с учетом возрастного диапазона от 18 лет до 42 лет. Выбор данного возрастного периода обусловлен нижней границей 18-летнего возраста, в котором больные попадают в учреждение из Детских домов интернатов, либо из семей. Согласно классификации Всемирной Организацией Здравоохранения молодой возраст человека определяется возрастной границей в 44 года, что позволит (с учетом лонгитюдного периода) изучить специфику реабилитационной активности молодых инвалидов, пожизненно проживающих в интернате, для которых вопрос активности и включенности в социальные взаимодействия является наиболее актуальным.

Также совокупность больных была разделена на сравнимые между собой группы по следующим критериям. По гендерной принадлежности больные были разделены на группу мужчин ($n = 101$), группу женщин ($n = 69$). Сравнение данных групп позволит выделить значимые полоролевые различия реабилитационной активности больных. Вторую группу составили молодые люди, которые проживают в психоневрологическом интернате менее пяти лет и поступили из детских домов интернатов ($n = 37$). Изучение специфики реабилитационной активности в данной группе позволит оценить факторы эффективности организации реабилитации для инвалидов в кризисный переходный период из детского учреждения в учреждение для взрослых. В третью группу ($n = 43$), вошли больные, поступившие из детских домов интернатов, но проживающие в психоневрологическом интернате более пяти лет. Изучение реабилитационной активности данной группы представляет интерес с точки зрения степени адаптации больных, проживающих в условиях стационарного учреждения длительного периода. Четвертую группу составили больные, ранее проживающие в семьях и поступившие в интернат из дома ($n = 90$). Изучение реабилитационной активности больных данной группы представляет интерес с точки зрения степени вовлеченности инвалида в различные реабилитационные программы, что ранее в условиях домашнего проживания, как правило, было для больного не доступным.

Психодиагностический инструментарий, подобранный для реализации целей исследования вклю-

чает как традиционный патопсихологический эксперимент, так и психологические методы (опросники, проективные тесты), позволяющие оценить реабилитационную активность и участие больного с позиции клинического патопсихологического синдрома, исходя из которого, формируется его реабилитационный потенциал.

Исследование позволит получить совокупность индивидуально — психологических и социально-средовых характеристик, отражающих реабилитационный потенциал каждого больного с учетом степени его реабилитационной активности, участия и вовлеченности в реабилитационный процесс в условиях специально созданной доступной реабилитационной среды.

Конечной целью исследования является разработка и апробация действенного механизма учета, оценки и мониторинга реабилитационной активности больного. Данный механизм представлен в интегративной систематизированной учетной форме «Психосоциальная реабилитационная карта», которая фактически представляет собой пролонгированный реабилитационный план больного, с систематическим этапным отражением психофизиологического состояния, определяющего актуальные реабилитационные потребности, на основании которых специалистами разрабатывается индивидуальный план конкретных мероприятий, видов и реабилитационных услуг, а также ведется количественно-качественная оценка степени реабилитационной включенности, обеспечивая возможность интегративного мониторинга реабилитационного процесса как специалистами психосоциального профиля, так и врачами и администрацией учреждения [2, 3].

Использование в интернатах предлагаемой Психосоциальной реабилитационной карты позволит реализовывать реабилитационный процесс, на основе актуальных потребностей инвалидов в соответствии с их психофизиологическим состоянием, обеспечивая гибкий подбор реабилитационных мер, с возможностью оценки эффективности проводимых мероприятий, что полностью согласуется с требованием времени в отношении развития и совершенствования реабилитационных подходов к данной категории инвалидов.

Библиографический список

1. Морозова Е. В. Реабилитационная деятельность психолога в условиях психоневрологического интерната // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. М., 2010. № 3. С. 49–54.
2. Морозова Е. В., Буракова Д. И. Психологическая реабилитационная карта, как инструмент учета реабилитационного процесса // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Издательство «Медицина», 2011. № 2. С. 54–57.
3. Морозова Е. В. Психосоциальная реабилитационная карта как технология психосоциального сопровождения инвалидов в условиях психоневрологического интерната [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2013. № 2(2). — URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения 26.04.2016).

ТРАНСФОРМАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Незнанов Н. Г., д. м. н., профессор, Вид В. Д., д. м. н., профессор,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Аннотация

В последние годы меняется парадигма концепции «реабилитация». Предоставление бесплатного или дешевого жилья, защищённых условий работы, восстановление утраченных в ходе болезней функций рассматриваются как редуccionистский подход к реабилитации.

При разработке реабилитационных программ для психиатрического здравоохранения следует четко разделять последовательность уровней вмешательства, реализация каждого из которых является необходимой предпосылкой для осуществления последующих этапов. Эта последовательность включает стратегии обеспечения законодательных предпосылок (первый уровень), доступности финансовых, кадровых и материальных ресурсов (второй уровень) и способности достижения больным ставящихся целей (третий уровень). Оценка практической значимости реабилитационных программ должна производиться на основе мониторинга конкретных параметров больного, формируемых и стимулируемых во внебольничных условиях.

Ключевые слова

Реабилитация, биосоциальный подход.

TRANSFORMATION OF THE CONCEPT OF REHABILITATION IN PRESENT-DAY CONTEXT

**Neznanov N. G., MD, Professor, Wied V. D., MD, Professor,
Federal State Budgetary Institution “Saint Petersburg V. M. Bekhterev
Psychoneurological Research Institute”
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Saint Petersburg, Russian Federation**

Abstract

The paradigm of the “rehabilitation” concept has been changing over the past few years. The provision of free or inexpensive lodging and safe working conditions, as well as the restoration of the functions lost in the course of diseases are regarded as a reductionist approach to rehabilitation. In the course of developing rehabilitation programmes for mental health services, it is essential to divide distinctly the succession of intervention levels, since the realization of each level is a necessary prerequisite for the implementation of further levels. This succession includes the strategies of provision of legislative requirements (first level), availability of financial, material and personnel resources (second level) and the patients’ ability to achieve their objectives (third level). The evaluation of the practical significance of rehabilitation programmes should be based on the monitoring of the patient’s specific parameters formed and stimulated in out-patient settings.

Key words

Rehabilitation, biosocial approach.

В последние годы концепция «реабилитация» начинает трактоваться более широко и смело. Под этим все более начинают понимать деятельность широких сетей социальной поддержки, стимуляцию и поддержание личностных интересов больных и, прежде всего, вознаграждаемое окружающими чувство собственной ценности, нужности и полезности кому-либо. Просто представление бесплатного или дешевого

жилья, защищенных условий работы, доступ к социализации рассматриваются уже как редуccionистский подход к реабилитации. Еще более редуccionистским считается представление о том, что задачи реабилитации ограничиваются восстановлением утраченных в ходе болезней функций. Наконец, реабилитационным процессом не считается то, что ранее обозначалось как «реабилитация» — разного рода деятельность, по-

могающая «скоротать» время пребывания в стационаре и чаще всего выражавшаяся в изготовлении не слишком нужных объектов.

Тенденции к усложнению современных **программ психосоциальной реабилитации** предполагают учет многофункционального характера компенсаторных процессов, состояние биологических, психологических и социальных подсистем отдельного больного.

При этом некоторые задачи реабилитации, специфичные для психиатрии, должны ставиться в программе не ретроактивно (компенсация последствий острого этапа заболевания по его завершении), а проактивно (с момента начала заболевания принятие мер по предотвращению специфической деформации личности больных в результате психиатрической стигматизации).

До сих пор психиатры не очень хорошо представляют себе, что психически больной является не только жертвой, но и активным участником процесса стигматизации. Индивидуальная коррекция самого больного во внебольничных условиях с учетом установок окружения может оказаться более эффективной, чем безадресные призывы гуманного обращения с душевнобольными.

Представление о том, что процессы терапии и реабилитации разделимы, безусловно устарели. Психологическая деформация личности — результат острых проявлений болезни и мишень реабилитации — формируется уже в остром периоде заболевания, и противодействовать ей реабилитационными мерами успешнее именно в остром периоде, в момент ее формирования, когда эти структуры еще не стали автоматизированными, самоподкрепляющимися и трудноустраняемыми. В этом смысле ортодоксальное представление о полной недоступности больного для когнитивного взаимодействия в остром периоде является резко преувеличенным на фоне успехов современной психофармакотерапии.

При разработке реабилитационных программ для психиатрического здравоохранения следует четко разделять **последовательность уровней** вмешательства, реализация каждого из которого является необ-

ходимой предпосылкой для осуществления последующих этапов. Эта последовательность включает стратегии обеспечения законодательных предпосылок (первый уровень), доступности финансовых, кадровых и материальных ресурсов (второй уровень) и способности достижения большим ставящихся целей (третий уровень). Оценка практической значимости реабилитационных программ должна производиться на основе мониторинга конкретных **параметров больно-**го, формируемых и стимулируемых во внебольничных условиях. Пока они обычно формулируются недостаточно дифференцированно, что не способствует оптимальной адаптации больных к повседневной жизни, а также точному планированию стоимости программ. Среди таких параметров могут быть:

- Расширение пользования товарами и услугами, включая информированность и тренировку проверки их качества;
- Коррекция самоутверждающего поведения больного в социальной среде, превращение дефицитарных и деструктивных стереотипов в конструктивные;
- Обеспечение возможности решения проблем с оценкой достигаемых результатов;
- Выявление ресурсов социальной компетенции больного с контролем их реализации;
- Приобретение и развитие новых социальных навыков;
- Вмешательства по расширению и повышению качества своего социального окружения;
- Расширение навыков обращения с предметами обихода;
- Поиск социальных групп и элементов среды проживания, в отношении которых может быть сформировано чувство собственной принадлежности;
- Участие в целенаправленной социально адекватной деятельности микрогрупп сверстников;
- Участие в социально приемлемых акциях больших групп населения, разделяющих общие цели;
- Расширение поведенческого репертуара по преодолению чувства стигматизации.

СОЦИАЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, И ЕЕ УЧЕТ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ*

**Рычкова О. В., д. псих. н., ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии,
Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

Известно, что в практике психосоциальной помощи пациентам с шизофренией доминируют технологии, опирающиеся на когнитивные и поведенческие воздействия. Такое положение дел обосновано эмпирическими

* Исследование поддержано средствами гранта Российского научного фонда (проект № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

доказательствами эффективности этих подходов. Нейрокогнитивный дефицит и бедные социальные навыки пациентов признаются в качестве основных целей программ реабилитации в психиатрии. Однако существуют данные исследований, подтверждающие влияние искаженной социальной мотивации, социальной ангедонии на нарушения социального познания у больных шизофренией. Эмпирические исследования подтвердили значительный вклад социальной ангедонии в нарушения социального познания. Очевидно, что в области психосоциальных интервенций для улучшения способностей в области социального познания у больных шизофренией возможно заметное повышение эффективности при использовании целенаправленных приемов компенсации дефицита социальной мотивации.

Ключевые слова

Социальное познание, социальная ангедония, мотивация при шизофрении, реабилитация в психиатрии.

SOCIAL MOTIVATIONS OF SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS AND ITS STATUS IN PSYCHIATRIC REHABILITATION

Rychkova O. V., Psy. D., Leading Reseracher of Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy,
Moscow Research Institute of Psychiatry – a branch of Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology named after V. P. Serbsky,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

Abstract

To date, psychosocial assistance for people with schizophrenia is dominated by cognitive-behavioral approaches. This is well justified by the empirical evidence speaking for the efficacy of these methods. Deficits of neurocognition and social skills are the main focuses in psychiatric rehabilitation. However, there are studies confirming the influence of poor social motivation, and social anhedonia on the social cognition deficit in schizophrenic patients. Experimental data prove that social anhedonia contributes significantly to the deficiency of social cognition. It is evident that in the field of psychosocial interventions, in order to improve the abilities of social cognition in patients with schizophrenia, it would be effective to use targeted methods of compensation of social motivation deficiency.

Key words

Social cognition, social anhedonia, motivation in schizophrenia, psychiatric rehabilitation.

Концепция нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, суммирующая выявляемые у них трудности концентрации и распределения внимания, ряд нарушений моторных, перцептивных, пространственных функций, вербальной и невербальной памяти, дефицит контроля над деятельностью, затруднения в ее произвольной регуляции, стала важным теоретическим основанием для создания реабилитационных программ. Последние включали приемы нейропсихологической коррекции когнитивных нарушений, ранее разработанные для больных с органическими повреждениями мозга, в виде упражнений для тренировки памяти, внимания, иных «исполнительских функций» [20]. Применительно к пациентам с шизофренией ставились цели улучшения когнитивных функций, повышения интеллектуально-мнестической продуктивности больных, качества их жизни, и снижения таким путем риска рецидива психоза. Программы «когнитивной реабилитации», такие как “Cognitive remediation therapy” [23, 35], “Neurocognitive enhancement therapy” [11], иные, представляются логичными с точки зрения клинициста, даже биологически ориентированного, трактующего шизофрению как заболева-

ние генетически детерминированное, или развившееся вследствие иных биологических причин.

Второе направление работы, пригодное для пациентов с расстройствами шизофренического спектра, тренинг поведенческих навыков, и особенно — навыков социального поведения. Подобные тренинги подробно описаны в литературе, существуют во множестве апробированных и доказавших эффективность вариантов [7, 21, 28]. Целями тренингов становятся навыки как частные, необходимые для жизнеустройства больных (поиска работы, собеседования при приеме на работу, пребывания в рабочем коллективе, индивидуального и независимого проживания), так и более общие, пригодные для разрешения многих сложных ситуаций (уверенного поведения, совладания со стрессом, конфликто-разрешающего поведения, коммуникативные).

На данном этапе развития представлений о расстройствах шизофренического спектра особое значение приобрел концепт *social cognition*, акцентирующий в качестве приоритетных нарушений у лиц этой категории особые когнитивные функции, связанные с социальным познанием [33]. Проводимое

научным коллективом под руководством Холмогоровой А. Б. прицельное изучение данной проблемы не только убедительно подтвердило значимость нарушений социального познания для понимания специфики когнитивного дефицита при шизофрении, но и позволило разработать структурную модель, систематизирующую такие нарушения [8]. Были выделены такие компоненты социального познания как инструментальный, поведенческий, регуляторный и мотивационный. Последний отражает не только традиционные представления клиницистов о роли нарушений личности в формировании постпсихотического дефекта, но и обозначенную в отечественной психологии (такими авторами как Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков, Е. Т. Соколова, др.) важную роль мотивационного компонента в нарушениях мышления при шизофрении. Западные авторы психоаналитической ориентации выдвигали сходные идеи, когда писали о роли социальной ангедонии (и вообще ангедонии) в клинике шизофрении, об аффективной причинности психоза (Rado, 1962; Meehl, 1962, 1990). Позже Курек Н. С. предложил концепцию «истинного дефицита положительных эмоций» при шизофрении, глубоких нарушений эмоциональной и, шире, психической активности больных шизофренией как механизма когнитивных и поведенческих дефицитов [3, 5]. Важно, что обширные эмпирические данные свидетельствуют о значимой роли социальной ангедонии для формирования шизоидных черт и типичных для расстройств шизофренического спектра нарушений [13, 24].

Налицо переключки взглядов зарубежных и отечественных авторов, близость концептов «социальная ангедония» и «снижение социальной направленности» при шизофрении [4], равно как и двойная природа описываемого явления — аффективная, то есть собственно отсутствие переживания удовольствия, и мотивационная, когда отсутствие опыта удовольствия от общения, ведут к отказу лиц с расстройствами шизофренического спектра от общения, от любого контакта со сложными и мало предсказуемыми социальными стимулами. И такое положение дел должно быть учтено при организации коррекционной работы.

В практике реабилитации для пациентов с шизофренией последних лет очевиден уклон в сторону специализированных тренингов, компенсирующих нарушения *social cognition*. Создано большое число подобных программ, среди которых: “Training of affect recognition” [34], “Social Cognition and Interaction Training” [29, 33], “Cognitive-behavioral social skills training” [17, 25], “Social cognition enhancement training” [14, 27]. Проведены исследования по оценке эффективности программ, доказавшие возможность улучшения социального познания у лиц с расстройствами шизофренического спектра [15, 22], тем более, что в основу разработки тренингов ложатся данные современной когнитивной психологии и нейронауки [30].

Весьма продуктивным следует считать и создание комплексных программ, включающих мероприятия по тренировке как собственно когнитивных процессов («холодных когниций»), так и тех, что свя-

заны с познанием социальных объектов и построением социального поведения («горячие когниции»). Одна из первых таких программ стала “Integratives Psychologisches Therapieprogramm” [12], а также отечественная программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией [8].

Активно используются самые современные технологические средства в виде компьютерные технологий, например при проведении “Cognitive Enhancement Therapy” [11, 19, 20], “Metacognitive training psychosis” [36], “First episode psychosis” на базе сервиса HORYZON [10]. В числе проходящих проверку на клиническую релевантность и эффективность такие как “Combining Computerized Social Cognitive Training with Neuroplasticity-Based Auditory Training in Schizophrenia” [32], “Online Social Cognitive Training Program” [27], “Treatment of Social cognition in Schizophrenia Trial” [31], “Tackling Affect Recognition” [16], “MicroExpression Training Tool” [34]. Для последних очевиден приоритет в виде использования приемов, предпочтительно нацеленных на коррекцию у больных шизофренией нарушений социального познания, с использованием компьютерных игровых процедур.

Важно, однако, помнить о том, что поскольку в структуре нарушений социального познания вклад мотивационной составляющей неоднократно доказан [9], наличие социальной ангедонии, и, шире, вообще низкой способности у лиц с расстройствами шизофренического спектра к переживанию положительных эмоций, должно быть одной из важнейших мишеней воздействия. Это хорошо понимают специалисты, осуществляющие как психотерапевтическое, индивидуальное лечение пациентов с шизофренией, психодинамического направления [2], так и работающие в комплексных реабилитационных программах с использованием приемов экзистенциальной направленности, музыкальной терапии, хореотерапии, арт-терапии, мимической-терапии, и др. [1, 6]. Заметим, что отечественные разработчики тренингов и ранее в качестве отдельной задачи называли преодоления «ангедонистического барьера» и развития коммуникативной направленности мышления [8, 9].

Таким образом, при проведении реабилитационной, психосоциальной, тренинговой работы с пациентами с расстройствами шизофренического спектра необходима не только коррекция собственно познавательных процессов, но и работа с личностной направленностью и мотивацией, как важнейшими предикторами позитивных изменений у пациентов. Пути решения такой задачи могут быть различны, а диапазоне средств широким: от тщательно подобранного материала, интересного для пациента, отвечающего значимым для него (остаточным, ранее актуальным) увлечениям, построения особой, спланированной системы подкрепления усилий больного в ходе терапии, через поощрения, ощущение пациентом собственной компетентности, с постепенным переходом от внешней к внутренней мотивации [26], до включения в программы реабилитации индивидуальных сессий поддерживающей психотерапии.

Библиографический список

1. *Бабин С. М.* Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 2006. 56 с.
2. *Вид В. Д.* Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
3. *Гаранян Н. Г.* Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1986. 23 с.
4. *Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Медицина, 1991. 256 с.
5. *Курек Н. С.* Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дисс. ... докт. психол. наук. М., 1998. 415 с.
6. *Лиманкин О. В.* Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 3. С. 99–106
7. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2002. 180 с.
8. *Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Долныкова А. А., Шмуклер А. Б.* Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКЧН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17(4). С. 67–76.
9. *Холмогорова А. Б., Рычкова О. В.* Нарушения социального познания — новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении: монография. М.: ФОРУМ, 2016. 288 с.
10. *Alvarez-Jimenez M., Bendall S., Lederman R., Wadley G., Chinnery G. et al.* On the HORIZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis // Sch. Res. 2013. Vol. 143 (1). P. 143–149.
11. *Bell M. D., Bryson G. J., Greig T. C., Fiszdon J. M., Wexler B. E.* Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups // J. Rehabil. Res. Dev. 2005. Vol. 42. P. 829–838.
12. *Brenner H., Hodel B., Roder V., Corrigan P.* Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia // Sch. Bull. 1992. Vol. 18 (1). P. 21–26.
13. *Chapman L., Chapman J., Kwapil T., Eckblad M., Zinser M.* Putatively psychosis-prone subjects 10 years later // J. Abn. Psychol. 1994. Vol. 103 (2). P. 171–183.
14. *Choi K. H., Kwon J. H.* The effectiveness of social-cognition enhancement training (SCET) for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // Comm. Ment. Health J. 2006. Vol. 42 (2). P. 177–187.
15. *Combs D., Adams S., Penn D., Roberts D., Tiegreen J., Sten P.* Social Cognition and Interaction Training for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings // Sch. Res. 2007. Vol. 91. P. 112–116.
16. *Frommann N., Streit M., Wolwer W.* Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program // Psych. Res. 2003. Vol. 117(3). P. 281–284.
17. *Granholtm E., Holden J., Link P., McQuaid J., Jeste D.* Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Older Consumers With Schizophrenia: Defeatist Performance Attitudes and Functional Outcome // Am J Geriatric Psychiatry. 2013. Vol. 21 (3). P. 251–262.
18. *Heinrichs R. W., Zakzanis K. K.* Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence // Neuropsych. 1998. 12. P. 426–445.
19. *Hogarty G., Flesher S.* Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia // Sch. Bull. 1999. Vol. 25 (4). P. 693–708.
20. *Hogarty G., Greenwald D., Eack S.* Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy // Psychiatric Services. 2006. Vol. 57. P. 1751–1757
21. *Jones C., Hacker D., Cormac I., Meaden A., Irving C. B.* Cognitive behavior therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18; 4:CD008712. doi: 10.1002/14651858.CD008712.pub2
22. *Kurtz M., Richardson C.* Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research // Sch. Bull. 2012. Vol. 38 (5). P. 1092–1104.
23. *Kurtz M., Seltzer J., Shagan D., Thime W., Wexler B.* Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient? // Sch. Res. 2007. Vol. 89. P. 251–260.
24. *Kwapil T.* Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders // J. Abn. Psychol. 1998. Vol. 107 (4). P. 558–565.
25. *McQuaid J., Granholtm E., McClure F., Roepke S. et al.* Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia // J. Psychother. Pract. Res. 2000. Vol. 9 (3): 149–156.
26. *Medalia A., Choi J.* Motivational Enhancements in Schizophrenia // Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment / V. Roder, A. Medalia (Eds.). Karger, 2010. P. 158–173.
27. *Nahum M., Fisher M., Loewy R., Poelke G. et al.* A novel, online social cognitive training program for young adults with schizophrenia: A pilot study // Sch. Res.: Cognition. 2014. Vol. 1 (1). P. 11–19.
28. *Nicol M., Robertson L., Connaughton J.* Life skills programmes for chronic mental illnesses (Cochrane Review). The Cochrane Library, No. 3. Oxford: Update Software, 2000.
29. *Penn D., Roberts D., Combs D., Sterne A.* Best Practices: The Development of the Social Cognition and Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders // Psychiat. Services. 2007. Vol. 58 (4). P. 449–451.
30. *Popova P., Popov T., Wienbruch C., Carolus A., Miller G., Rockstroh B.* Changing facial affect recognition in schizophrenia: Effects of training on brain dynamics // NeuroImage: Clinical. 2014. Vol. 6. P. 156–165.
31. *Rose A., Vinogradov S., Fisher M., Green M. et al.* Randomized controlled trial of computer-based treatment of social cognition in schizophrenia: the TRuSST trial protocol // BMC Psychiatry. 2015. Vol. 15. P. 142.
32. *Sacks S., Fisher M., Garrett C., Alexander P. et al.* Combining computerized social cognitive training with neuroplasticity-based auditory training in schizophrenia // Clin. Sch. Relat. Psychoses. 2013. Vol. 7(2). P. 78–86.
33. Social Cognition and Schizophrenia / P. W. Corrigan, D. L. Penn (Eds.). APA, Wash. 2001. 327 p.

34. Wölter W., Frommann N., Halfmann S., Piaszek A., Streit M., Gaebel W. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program // Sch. Res. 2005. Vol. 80 (2–3). P. 295–303.
35. Wykes T., Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis—Cognitive Remediation therapy (CRT)? // Clin. Psychol. Review. 2001. Vol. 21 (8). P. 1227–1256.
36. http://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training-psychosis.html

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, В ПАРАДИГМЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ

Сотников В. А., к. псих. н.,
Благотворительный фонд реабилитации детей,
перенесших тяжелые заболевания «Шередарь»,
Москва, Российская Федерация

Ключевые слова

Дети, психология, реабилитация, терапевтическая рекреация, Шередарь.

Аннотация

В статье рассматривается проблема психосоциальной реабилитации детей, перенесших тяжелые заболевания, ее системный и многокомпонентный характер. В качестве методологической парадигмы анализа приводятся основные положения концепции терапевтической рекреации. В качестве практического примера рассматривается деятельность детского оздоровительно-реабилитационного центра «Шередарь».

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WHO SUFFERED FROM SERIOUS ILLNESSES IN A PARADIGM OF THERAPEUTIC RECREATION

Sotnikov V. A., PhD (Psychology),
Sheredar Charitable Foundation for the Rehabilitation
of Children Who Suffered from Serious Diseases,
Moscow, Russian Federation

Abstract

The article examines psychosocial rehabilitation of children who suffered from serious diseases and explores its systematic and multicomponent nature. As a methodological paradigm of the analysis, the main provisions of the therapeutic recreation. The activities of the Children's Health and Rehabilitation Centre "Sheredar" serve as a practical example.

Key words

Children, psychology, rehabilitation, therapeutic recreation, Sheredar.

Последнее десятилетие характеризуется смещением акцента в рассмотрении онкологического заболевания с исключительно медицинского на социальный и психологический [1, 2, 4, 5]. С одной стороны, этому способствует резкое увеличение числа заболевших — по данным официальной статистики в 2010 г. было госпитализировано 21 970 детей в возрасте 0–17 лет, в 2015 г. эта цифра составляет 40 487 человек [3]. С другой стороны, выявлен целый комплекс социально-психологических и клинико-психологических феноменов, характеризующих заболевание. Онкологическое заболевание, мифологизируемое в современном обществе фатальностью, заразностью [2, 4], сопровождаемое выраженной

витальной угрозой и тяжелым соматическим состоянием, оказывает мощное воздействие на все аспекты формирующейся личности и проявляется широким спектром различных форм психологической дезадаптации. Психологический урон, нанесенный ребенку заболеванием, не проходит бесследно и не исчезает параллельно с выпиской из онкологического стационара. Восстановление ребенка — это сложный, системный, многокомпонентный процесс, что обуславливает вариабельность используемых подходов, методов и технологий в построении реабилитационной работы, особое место в этом занимает направление терапевтической рекреации (*therapeutic recreation*).

Терапевтическая рекреация как самостоятельное направление реабилитационной деятельности выделилось в 30-х годах XX века и к настоящему моменту является одним из наиболее интенсивно развивающихся в странах Европы и Америки. Она представляет собой профессионально организованную деятельность, направленную на обеспечение психологического комфорта, личностного роста, восстановлению сил и способностей после заболеваний, преодолению и профилактике асоциальных проявлений, приобретение необходимых навыков для конструктивного взаимодействия с окружающими людьми [6]. Методология терапевтической рекреации была взята в качестве основы построения реабилитационной деятельности с различными категориями населения, в том числе и с детьми, страдающими тяжелыми соматическими заболеваниями. Особым типом организации такой деятельности стали реабилитационные лагеря, принимающие болеющих детей и членов их семей для прохождения программ, построенных в соответствии с моделью терапевтической рекреации. Цель лагеря — помочь детям и их семьям мобилизовать и активизировать эмоциональные и психические силы для преодоления тех испытаний, которые возникают перед ними в силу серьезного заболевания ребенка, а также развить качества, необходимые для того, чтобы справляться с трудностями настоящего и неопределенностью будущего. Программа лагеря помогает укрепить ощущение собственной ценности и уверенности в себе. Она способствует укреплению дружеских, доверительных отношений в семье, а также зарождению дружбы с другими детьми, которые участвовали в программе.

Модель терапевтической рекреации, реализуемой в лагере, состоит из нескольких компонентов. Исходя из того, что восприятие себя у ребенка формируется через опыт и обратную связь, в лагере специально проектируются условия, в которых испытания венчаются успехом, а благодаря рефлексии над этими успехами, становится возможным открытие в себе новых или утраченных в связи с болезнью возможностей, новых перспектив, другого восприятия себя и окружающего мира. Прохождение этого цикла в качестве обязательного условия сопровождается положительным закреплением. Таким образом, любая активность в лагере содержит в себе определенное испытание, которое глубоко лично и специфично для каждого участника. Благодаря помощи и поддержки других детей и сотрудников лагеря ребенок может выйти за пределы своей «зоны комфорта» в «зону растяжения». Персонал должен следовать за индивидуальным темпом

ребенка и обеспечить условия, в которых ребенок может сам совершить выбор, в какой мере и в каком качестве ему участвовать в занятии.

Такой тип организации программы быстро завоевал популярность, в связи с чем стали формироваться ассоциации таких лагерей-реабилитационных центров. Первый лагерь «Hole in the Wall» был основан актером Пол Ньюманом в США в 1988 г. В дальнейшем были открыты другие лагеря такого типа в США и в Европе, которые стали частью ассоциации лагерей «Serious Fun Children's network». Каждый лагерь имеет собственную уникальную концепцию, однако общее у них то, что через незабываемый отдых дети получают возможность просто быть детьми, получать удовольствие от жизни, что позволяет им полноценно развиваться и дистанцироваться от негативного опыта заболевания.

Первым лагерем, являющимся проводником идей терапевтической рекреации в России, является детский оздоровительно-реабилитационный центр «Шередарь», принадлежащий одноименному благотворительному фонду. На сегодняшний день это единственная в России некоммерческая организация, которая на базе собственного реабилитационного центра систематически проводит реабилитационные программы лагерного типа для детей и подростков 7–17 лет, перенесших онкологические заболевания, а также для их здоровых братьев и сестер. Поскольку лечение онкологических заболеваний истощает не только все душевные, но и материальные ресурсы семьи, участие в программах полностью бесплатно для детей из всех уголков страны. За историю центра в программах приняли участие более 600 детей и подростков из России и стран Ближнего Зарубежья. Более 700 волонтеров были обучены базовым навыкам психосоциальной реабилитации в концепции терапевтической рекреации.

Специалисты центра работают по признанным международным методикам Ассоциации реабилитационных лагерей SeriousFun Children's Network, позволяющим в короткие сроки вернуть ребенку уверенность в своих силах и доверие к миру, показать, что он может гораздо больше, чем привык думать за время болезни.

Не нуждается в дополнительных доказательствах важность хорошего физического и психологического состояния детей, которое необходимо для решения как демографической, так и многих социальных проблем России. Восстановление и социальная адаптация детей, особенно детей, перенесших тяжелые заболевания, является одной из актуальных задач не только медицины, но и всего российского общества.

Библиографический список

1. *Василенко Т. Д.* Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. Курск: Изд-во КГМУ, 2011. 572 с.
2. *Гнездилов А. В.* Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь, 2007. 168 с.
3. *Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В.* Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016. 236 с.
4. *Тхостов А. Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
5. *Чулкова В. А., Моисеев В. М.* Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т. 10. Вып. 3. С. 151–157.
6. *Austin D. R.* Therapeutic recreation: Processes and techniques (2nd ed.). — Champaign, IL: Sagamore Publishing, 1991.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Тхостов А. Ш., д. псих. н., профессор,
Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Москва,
Российская федерация**

Аннотация

Рассматриваются психологические проблемы реабилитации онкологических больных. В качестве центрального механизма психологических изменений пациентов описывается изменение иерархии мотивов. Мотивационная структура обедняется и упрощается за счет актуализации мотива «сохранения жизни».

Ключевые слова

Онкологические больные, реабилитация, мотивация, иерархия мотивов.

PSYCHOLOGICAL ISSUES OF REHABILITATION OF CANCER PATIENTS

**Tkhostov A. Sh., Psy. D., Professor,
Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The paper discusses psychological issues of rehabilitation in cancer patients and describes the changes in the hierarchy of motives as a central mechanism of psychological changes in patients. Motivational structure is depleted and simplified by updating the motif of "preservation of life".

Key words

Cancer patients, rehabilitation, motivation, hierarchy of motives.

Онкологические заболевания приводят не только к функциональным и органическим нарушениям. Их особенностью, очень важной для восстановительного лечения, является то, что они ставят перед больным сложные психологические проблемы. Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в серьезнейшей стрессовой ситуации. Длительное, тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, угроза смерти — разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Психологической основой ориентации больного на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в обществе является активация его мотивационной сферы, ценностных ориентации, создание адекватных трудовых установок. Здесь мы сталкиваемся с наиболее важным моментом изменений личности при онкологических заболеваниях. Задавая условия такого развития, объективная ситуация тяжелого, смертельно опасного заболевания приводит к изменению «позиции» больного, его мироощущения, краху жизненных ожиданий.

Неопределенность прогноза нарушает возможности планирования жизненных целей, сужает временную перспективу, необходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности. Активность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения направлены в будущее и утрачивают свой смысл в ситуации онкологического заболевания, фрустрирующего основные человеческие потребности социального и физического существования.

Специфическая ситуация тяжелой болезни актуализирует у онкологических больных мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Все остальное кажется бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности. Больные ощущают, что все, к чему они стремились раньше, чего добивались с трудностями и усилиями, важно только тогда, когда нет угрозы более vitalным потребностям. Необходимыми и осмысленными кажутся формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребности физического существования.

Структура личности человека определяется в первую очередь его актуальными мотивами и их иерархией. Центральным психологическим механизмом личностных изменений выступает перестройка иерархии мотивов по типу переподчинения главному смыслообразующему мотиву, т. е. перестройка, кото-

рую можно назвать «сдвигом цели на мотив». Если при «сдвиге мотива на цель» цель приобретает собственную побудительную силу, отвечает новой потребности, переходя, таким образом, в разряд мотивов, то у онкологических больных ранее реально действующие мотивы теряют свою побудительную силу, переходя в разряд целей в структуре главного, ведущего мотива — сохранения жизни. При этом они либо отвергаются, либо приобретают новый смысл уже в качестве целей.

Привычные формы деятельности при сохранении своего внешнего вида меняют внутреннее содержание, наполняясь новым, связанным с болезнью, смыслом. Так, даже работа, кроме возможности самореализации, достижения материального благосостояния, может стать способом отвлечения от болезни, физкультура — методом лечения, пища — диетой. При антагонизме мотива «сохранения жизни» ранее действовавшим мотивам, невозможности включения их в деятельность лечения в качестве целей они теряют актуальность, лишаются смысла. Человеческая деятельность из полимотивированной в норме становится весьма бедно мотивированной, что проявляется как в реальной жизни больного, так и в клинической картине личностных изменений.

Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность онкологических больных, описанные в клинических и психологических исследованиях, в значительной степени обусловлены сужением круга актуальных мотиваций, новым их смыслом для больного. Доминирование ведущего мотива «сохранения жизни» придает особую специфику всей психической жизни больного, накладывает отпечаток на особенности восприятия, мышления, перестраивает систему ценностей, все его мироощущения. То, что раньше радовало, привлекало, казалось важным, теряет свою привлекательность, лишается смысла, зато появляются ранее несвойственные интересы, повышенная эгоистичность. Больные становятся более равнодушными, сужается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную значимость. Ограничиваются контакты с окружающими людьми. Творческая активность сменяется стремлением к стереотипному выполнению работы. И к себе, и к окружающим больные становятся менее требовательными, сохраняя часто мелочность, желание опеки.

Доминирование мотива «сохранения жизни» ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности больного, если такая жизнь противоречит этому мотиву, либо к формированию нового смысла привычной деятельности, если она включается в структуру мотива в качестве цели. Это приводит к возникновению самых разнообразных «уходов»: в болезнь, в работу, в семью, в общественную деятельность. В дальнейшем подобные цели способны снова получать собственную побудительную силу, но уже по механизму «сдвига мотива на цель».

Это явление и должно стать основой реабилитационной программы. Совершенно бесполезно призывать больного к активной жизни, общественно полезному

труду, социальной активности, если активная деятельность лишена для больного смысла, незначима.

Бесполезно предлагать пациенту «не обращать внимания» на калечащие последствия болезни и лечения. Необходимо использовать тот самый механизм искажения мотивации, который приводит к грубым личностным изменениям, обратив его на благо больного. Нужно помочь больному создать новый смысл жизни, новые цели, сделать их не просто «знаемыми», а реально действующими. Для больного должна быть сформулирована цель реабилитационной программы, предложена модель его возможного будущего, при этом основанная не на благих пожеланиях и абстрактных рекомендациях, а созданная с учетом характерологических, личностных качеств, сохранных звеньев его мотивационной сферы и использования личностно значимых целей.

Нарушение правильного соотношения целей реабилитационных программ и индивидуальных целей больных ведет к утрате реабилитационными мероприятиями личностного смысла и возникновению «немотивированных» больных, плохо поддающихся восстановительному лечению, склонных к созданию «рентных» установок, когда больной начинает извлекать «пользу» из своего состояния, удовлетворяется полученной инвалидностью и требует особого отношения к себе со стороны медперсонала.

То или иное содержание психологического конфликта вызывает значительное повышение уровня эмоциональной напряженности, проявляющейся прежде всего в ощущении опасности, беспокойства, страха, тревоги, порой приводящих к фиксации психического нарушения и полной дезорганизации поведения.

Восстановительное лечение, связанное с управлением механизмами адаптации больного, должно строиться прежде всего с учетом изменения мотивационных структур, и в психокоррекционной работе нужно ориентироваться на формирование таких целей, которые в дальнейшем, становясь мотивами, возвращают больного к активной и полноценной жизни. Другой задачей должно стать корректирование целей, приводящих к патологическому развитию личности, «уходу в болезнь».

В рамках общего психотерапевтического подхода необходимо проводить мотивационную психотерапию. Нередко больные спонтанно образуют микрогруппы с откровенными взаимоотношениями и взаимной поддержкой. Такие группы представляют для врача-психотерапевта большую ценность. В группе эффективнее осуществляется правильная ориентация личности, повышается ее активность.

Восстановительное лечение должно начинаться как можно в более ранние сроки. При этом следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на ожидаемые. Коррекционная работа должна быть превентивной.

Весьма перспективным представляется развитие методов коллективной терапии и включение в группы «добровольцев» больных, подобранных таким образом, чтобы они могли выполнять роль позитивного лидера. Подобные контакты, на которые, по нашим на-

блюдениям, охотно идут больные, ничем не могут быть заменены. Этот метод позволяет начинать ресоциализацию больного в клинических условиях. Должны быть определены возможности дальнейшей профессиональной деятельности, либо при невозможности таковой предложен тот круг деятельности, который мог бы заменить больному трудовые отношения: работа в семье, забота о близких и т. п.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Чехонадский И. И., Пряникова Е. В., Пустотин Ю. Л., Жабин М. О.,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Оренбургская
областная клиническая психиатрическая больница № 2»,
Оренбург, Российская Федерация

Аннотация

Статья освещает актуальный психотерапевтический, психокоррекционный и психореабилитационный подход к комплексному лечению душевнобольных на стационарном этапе в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2». Описаны принципы организации психотерапевтической помощи в рамках полипрофессионального подхода, применение оригинальных методик психотерапии.

Ключевые слова

Психотерапия, реабилитация, динамическая психиатрия, шизофрения.

HOSPITAL PSYCHOTHERAPEUTIC WORK AS THE BASIS OF THE REHABILITATION PROCESS

Chekhonadskiy I. I., Pryanikova E. V., Pustotin Yu. L., Zhabin M. O.,
State Budgetary Healthcare Facility "Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital
No. 2",
Orenburg, Russian Federation

Abstract

The article covers an important psychotherapy, psychocorrective and psychorehabilitative approach to the integrated treatment of mentally ill patients at a stationary stage in "Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No 2". The principles of organization of psychotherapy in the framework of multiprofessional approach and the use of original techniques of psychotherapy are described here.

Key words

Psychotherapy, rehabilitation, dynamic psychiatry, schizophrenia.

Современная концепция оказания психиатрической помощи на госпитальном этапе не ограничивается биологическим и медицинским направлением и диктуют необходимость принимать во внимание все аспекты нарушений — биологический, психологический и социальный.

На сегодняшний день главной задачей при оказании психиатрической помощи является ее комплексность и предусматривает при ее оказании организацию полипрофессиональных бригад, где лечебно-реабилитационные задачи решаются совместными, направленными на различные мишени, усилиями бригады специалистов, включающих врача-психиатра, врача-психотерапевта, клинического психолога, социального работника, среднего и младшего медицинского персонала [5].

Мы рассмотрели особенности полипрофессионального подхода в оказании психиатрической помощи, и в частности психотерапии, на примере Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2.

К настоящему времени в каждом из 9-ти общепсихиатрических отделений стационара работают врачи-психотерапевты и клинические психологи. Разработаны и внедрены основные стандарты работы психотерапевта и клинического психолога: определены группы пациентов для обязательного обслуживания, показания для психотерапии, расписание консультаций, сроки и порядок осмотров, формы заполняемой документации.

Для упорядочения деятельности психотерапевтической и психологической службы, введены единые

формулировки целей и задач психотерапии в психиатрическом лечебном учреждении. Используется классификация задач групповой психотерапии отечественных авторов из НИИ им. В.М. Бехтерева, с модификацией и адаптацией к работе в нашем стационаре [1].

Непосредственная динамическая деятельность психотерапевта и психолога заключается в проведении индивидуальных и групповых занятий. Индивидуальная психотерапия проводится по гибкому графику. Групповая проводится 4 раза в неделю, в т. ч. 2 раза в неделю вербальные и 2 раза в неделю невербальные группы (конкретные методики на усмотрение врача-психотерапевта).

Развитие бригадных форм оказания психиатрической помощи, психотерапевтической службы, широкое использование различных психотерапевтических методов, способствовало формированию, открытию и развитию отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» на базе ГБУЗ «ООКПБ № 2» в январе 2001 г. За основу взята работа «Клиники Ментершвайге» основанную известным психиатром, психотерапевтом, аналитиком Г. Амоном в Мюнхене.

Отделение осуществляет стационарную помощь при психотических расстройствах на этапе становления ремиссии; тяжёлых неврозах; невротических и патохарактерологических развитиях личности; т.н. «пограничных, border-line» расстройствах; психосоматических расстройствах. В штате 8 врачей-психотерапевтов, непосредственно в отделении работают 2 врача-психотерапевта и заведующий. Остальные закреплены за общепсихиатрическими отделениями стационара.

Ведущая роль в работе отводится психотерапии. Акцент делается на групповой терапии, при этом базовой и обязательной является индивидуальная психотерапия.

Единая структура службы позволяет привлекать к работе отделения врачей-психотерапевтов из других подразделений стационара, что позволяет максимально расширять используемые методы и повысить интенсивность психотерапевтической деятельности.

В отделении широко практикуется вербальная групповая терапия в таких формах, как коммуникативно-активирующая терапия, группы проблемных дискуссий, свободных вербальных дискуссий, психообразовательные и когнитивно-поведенческие тренинги. Группы ориентированы на обсуждение личностных проблем пациентов, конфликтов, особенностей болезни, причин дезадаптации, выработку адекватных форм компенсации, и т. д.

Активная музыкальная психотерапия ставит целью использование альтернативных способов реализации переживаний, построение согласованных эмоциональных и коммуникативных состояний, выработку навыков коллективного взаимодействия [2]. На музыкальных занятиях используются в основном не требующие предварительных навыков игры инструменты, пациенты учатся формировать общее «звуковое полотно», брать ответственность за формирование и поддержание контакта друг с другом.

Танцевальная и двигательная терапия (хореотерапия) — вид психотерапии с акцентом на невербальное выражение состояний, где психотерапевт использует движение и танец клиента в качестве области работы для достижения терапевтических целей [3, 4]. Нами изначально была выбрана динамически-ориентированная танцевальная терапия, в рамках которой танец является еще одним способом проникновения во внутренний мир пациента, в его бессознательное, с целью лучшего понимания и коррекции существующей проблематики. В психотерапевтической группе пациент под музыкальное сопровождение исполняет индивидуальный танец, пытаясь в движении передать настроение, чувства и собственные переживания на данный момент с максимальным выражением собственных чувств. Группа является экраном, в котором «отражается» танцующий.

Традиционно арт-терапевтические методы активно применяются в психотерапии душевнобольных, чаще в групповых вариантах. Мы используем классические приемы и упражнения из арсенала арт-терапевтических психотерапевтов. Центральным местом в работе арт-групп мы отводим невербальной визуализации бессознательного материала пациента, а рисунок, скульптура, поделка выступает в роли «переходного объекта» посредством которого терапевт или группа вступает в контакт с душевнобольным.

Сказкотерапия — один из психотерапевтических методов используемых в нашем стационаре. В основе терапевтического эффекта сказкотерапии лежит концепция метафоры как важного носителя информации о жизненных явлениях, ценностях [3, 4]. Сказкотерапия в нашем стационаре проводится в сочетании с куклотерапией — изготовлением пациентами кукольных героев и последующей постановкой спектакля по предложенному сказочному сюжету. Групповая терапия проводится со всеми правилами групповой динамики.

В целом же работа отделения строится вокруг динамически понимаемой терапии средой — так называемой милио-терапии. Организация специфической терапии средой в отделениях больницы является одной из наиболее сложных задач. Общение в данных группах происходит через т. н. «третий объект» — работа над спланированным самой группой реальным проектом и его реализация.

С момента начала проведения милио-терапии в отделении реализованы различные милио-проекты: оформление коридоров, палат, холла, столовой с использованием изобразительной продукции самих пациентов. На прогулочных двориках руками пациентов были смонтированы беседки, проложены дорожки, разбиты клумбы. Одним из последних постоянных и долгосрочных милио-проектов явилось создание и регулярный выпуск журнала «Диалог». В содержании его традиционно имеются блок творческих работ пациентов стационара. На сегодня выпущено тринадцать номеров журнала.

Достаточно активно, при участии звена социальных работников, используются структурированные варианты досуговых мероприятий при активном уча-

сти в их организации самих пациентов. Приветствуется инициатива пациентов по выдвиганию тех или иных предложений — достаточно регулярны выезды на экскурсии в городские музеи, культурные центры, ипподром, природные объекты. Администрация стационара помогает в обеспечении транспорта и договоренности с принимающей стороной.

Наблюдается позитивная трансформация «терапии средой» в создании «терапевтической среды» — такой системы взаимоотношений в терапевтическом коллективе, где сотрудничеству между больными и персоналом придается первостепенное значение. Основным в этой концепции является привнесение социальных норм обычной жизни в распорядок психиатрического стационара. Используются элементы само-

управления пациентов в областях организации досуга, соблюдения порядка и чистоты, предупреждения конфликтных и асоциальных явлений, работа «актива» или «совета» пациентов, дополнительные собрания тем или иным составом для целенаправленного разрешения различных (проблемных либо перспективных) вопросов.

Таким образом, рассмотрев основные принципы работы отделения Динамической психиатрии и психотерапии, демонстрируется сформированный комплексный подход в лечении и реабилитации душевнобольных на стационарном этапе в ГБУЗ «ООКПБ № 2», позитивный опыт следования полипрофессиональному принципу оказания психиатрической помощи.

Библиографический список

1. Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб.: Издательство Психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева, 1993. 238 с.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
3. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учебник для ВУЗов. СПб.: Питер, 2002. 672 с.
5. Российская Федерация. Законы. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»: Федеральный Закон № 3185-1 от 02.07.1992. Принят Государственной Думой 02.07.1992. 17-е изд. М., 2016. 43 с.

СНИЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО БРЕМЕНИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Штаньков С. И., к. м. н., Есауленко И. Э., д. м. н., Рыкова В. Л.,
ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н. Н. Бурденко»,
Воронеж, Российская Федерация**

Аннотация

С целью выявить больных, обладающих наибольшим реабилитационным потенциалом, проведено исследование медицинских и социальных характеристик больных шизофренией. Исследование показало, что уровень социальной адаптации напрямую связан со степенью прогрессирования заболевания, качеством ремиссий и частотой госпитализации. С помощью метода кластерного анализа данных сформированы группы пациентов в зависимости от уровня их реабилитационного потенциала.

Ключевые слова

Шизофрения, социальная дезадаптация, реабилитационный потенциал.

REDUCTION OF SOCIAL AND ECONOMIC BURDEN OF MENTAL DISORDERS

**Shtankov S. I., PhD (Medicine), Esaulenko I. E., MD, Rykova V. L.,
Voronezh State Medical University named after N. N. Burdenko,
Voronezh, Russian Federation**

Abstract

To reveal the patients possessing the greatest rehabilitation potential, research of medical and social characteristics sick of a schizophrenia is carried out. The study has shown, that social adaptation level is directly connected with the degree of disease progression, quality of remissions and frequency of hospitalizations. Using the method of data cluster analysis, groups of patients according to their rehabilitation potential level are formed.

Key words

Schizophrenia, bad social adaptation, rehabilitation potential.

Введение. Социально-трудовая дезадаптация при психических заболеваниях приводит к инвалидизации лиц преимущественно молодого и трудоспособного возраста, здоровых в физическом плане, что ведет к значительным экономическим затратам [3]. Более 70% больных, получающих группу инвалидности, находятся в социально активном возрасте, поэтому проблемам качества их лечения и социально-трудовой реабилитации привлекается все больше внимания [1, 2, 4]. По расчетам [6] в 2014 г. цена психического нездоровья, включая прямые и косвенные расходы, составила 272,8 млрд руб. или 1,3% ВВП. Для получения оптимальных результатов внедрение новых поколений медикаментозной терапии необходимо сочетать с мерами социальной реабилитации [5]. В связи с этим особое значение приобретает выявление больных, обладающих существенным реабилитационным потенциалом и использование комплексного ресоциализирующего подхода.

Цель исследования: изучение социальных характеристик больных, их потребностей, притязаний, качества оказания им медицинской помощи для разработки в дальнейшем комплексной программы реабилитации и социальной поддержки.

Материалы и методы. Проведено изучение выборки из 267 больных, сформированных из пациентов, находящихся на диспансерном учете, ранее проходивших стационарное лечение в КУЗВО «ВОКПНД». Все больные были вне стадии обострения. Средний возраст составил $31 \pm 5,3$ лет. Мужчин было 159 (59,5%), женщин 108 (40,5%). Критериями в исследовании являлись: добровольное согласие, трудоспособный возраст (от 18 до 45 лет), диагноз шизофрении (МКБ-10). Из исследования исключались: больные тяжелыми хроническими, инвалидизирующими заболеваниями, сопутствующими психиатрическими и неврологическими заболеваниями (алкоголизм, наркомания, последствия тяжелых ЧМТ, умственная отсталость), больные с глубоким эмоционально-волевым дефектом. Исследование проводили путем анкетирования с помощью «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» [1], и опросника для оценки качества медицинской помощи. Для изучения влияния течения заболевания на социально-трудовой прогноз больные были разделены на две группы: группа I — больные со сроком заболевания менее 3 лет и группа II — больные со сроком заболевания более 3 лет. Статистическая обработка проводилась с использованием программ MS Office Excel 5.0, SPSS 13.0.

Результаты. Подавляющее большинство пациентов (85,4%) страдали параноидной шизофренией (F 20.0). Также были диагностированы: простая форма шизофрении (8,2%) и невротоподобная шизофрения (шизотипическое расстройство) в 6,4% случаев. В 55% случаев был отмечен непрерывный тип тече-

ния заболевания, в остальных случаях — приступообразный тип течения. Средний возраст больных первой группы составил $25,3 \pm 2,4$ года, больных второй группы $29,2 \pm 3,1$ лет.

Более чем каждый третий больной на момент обследования имел группу инвалидности (43,4%). При первом поступлении группа инвалидности была определена только 7 больным (2,6%). При этом длительность заболевания у них была более 10 лет, а сроки наблюдения в психоневрологическом диспансере менее 5 лет. Отсутствие медицинского наблюдения у этих больных, видимо, связано с недооценкой симптомов со стороны родственников, страхом стигматизации. Среди больных, имеющих инвалидность, у 13,2% больных была I группа инвалидности, у 86,8% — II и III группа. Средняя длительность жизни больных с наличием группы инвалидности составила $5,5 \pm 2,2$ года.

Лица с высшим образованием составили 64,2% от общего числа наблюдений. У остальных больных было среднее или среднеспециальное образование. У 10,5% больных — начальное школьное образование. 23% больных никогда не работали по специальности. На момент обследования постоянную оплачиваемую работу имели только 13,8% больных. Таким образом, ухудшение течения заболевания влияло на социально-трудовое устройство пациентов. Оценка трудоспособности самими пациентами показывает, что 43,2% имеют установку на трудоустройство. Низкий трудовой статус коррелировал с оценкой больными их тяжелого материального положения. Значительная доля больных характеризовала свое материальное положение как тяжелое. Наибольшее количество больных (более 2/3) высказали неудовлетворение своими жилищными условиями, одеждой. В остальных случаях отношения характеризовались как нейтральные, лишь в 4,1% случаев отношения были доброжелательными. Конфликтность была несколько выше в группе длительно болеющих больных (26,7% и 21,3%, $p > 0,05$).

У 34,3% больных отмечался низкий уровень социальных контактов. Больные общаются только с родственниками, в том числе 5,3% только по их инициативе. Лишь 6,2% больных отметили свой круг общения как разнообразный.

По результатам анкетирования были отобраны 40 наиболее значимых переменных для их использования в целях классификации путем кластерного анализа. В процессе обработки данных было получено 3 кластера (группы больных) с различными уровнями реабилитационного потенциала.

I группа (15%) — больные с хорошим реабилитационным потенциалом. Это, как правило, работающие больные с хорошей или удовлетворительной дневной активностью и высоким уровнем социальной адаптации. Тип течения болезни — приступообразный с частыми обострениями. Такие пациенты чаще всего неудовлетворены своим положением и материальным

достатком. Наиболее оптимальной медико-социальной стратегией для таких больных будет поддержка их трудового статуса, работа с семьей, медикаментозное и психотерапевтическое сопровождение с целью предотвратить развитие рецидивов болезни.

II группа (46% больных) преимущественно неработающие и инвалиды, с удовлетворительной дневной активностью, семейно дезадаптированные, но имеющие установки на трудоспособность, чаще неудовлетворенные своим положением и достатком. Таким больным необходимы активирующие реабилитационные стратегии (поиск работы, ресоциализация, снижение нагрузки на родственников, медикаментозная поддержка, помощь в решении социальных, юридических вопросов).

III группа (29%) — больные с низким реабилитационным потенциалом. Это больные с многолетним, непрерывным течением заболевания, низкими показателями психической и физической работоспособности, утратившие социальные связи, имеющие инвалидность. Таким больным необходимо создать комфортные условия проживания, возможно общинного типа. Реабилитационные мероприятия будут сводиться к постоянной медикаментозной поддержке, помощи в сохранении навыков самообслуживания, решении социальных, юридических вопросов.

Заключение и выводы.

1. У четверти больных (26%) длительность заболевания составила более 10 лет, в то время как сроки наблюдения в психоневрологическом диспансере менее 5 лет. Необходимо проводить разъяснительную работу с пациентами и их родственниками с целью преодолеть опасность недооценки симптомов болезни и страх перед стигматизацией и, тем самым, потерять время для своевременного медицинского вмешательства и психосоциальной реабилитации.
2. Имеется прямая зависимость особенностей течения и клинической картины заболевания (качество ремиссий, частота госпитализаций) от уровня социально-трудовой и семейной адаптации.
3. Значительная часть исследованных больных (42,8%) не работают и не имеют группы инвалидности. Учитывая сохранность их трудоспособности и желание трудоустроиться, следует оказывать им социальную поддержку и помощь в трудоустройстве на различных уровнях (медицинские учреждения, службы занятости, органы исполнительной власти).
4. Использование признаков-предикторов, полученных в результате анализа данных, позволит прогнозировать социально-трудовой прогноз и уровни реабилитационного потенциала больных.

Библиографический список

1. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Шашкова И. Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4. № 4. С. 38–45.
2. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Психическое здоровье россиян // Человек. 2002. № 6. С. 50–52.
3. Есауленко И. Э., Ширяев О. Ю. Повышение качества медицинской помощи населению. Воронеж, 2011. С. 41–42.
4. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т. Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
5. Ширяев О. Ю. Моделирование и алгоритмизация управления процессом преодоления фармакорезистентности больных шизофренией: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Воронеж, 1998. 26 с.
6. Экономическая оценка последствий психических заболеваний. Методические рекомендации для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения // Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 2009. 49 с.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES TO MENTAL HEALTH

ПОНИМАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ТЕРАПИЯ СОПЕРЕЖИВАНИЕМ

**Василюк Ф. Е., д. псих. н., профессор,
Психологический институт РАО,
Московский государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В понимающей психотерапии «сопереживание» рассматривается как категория, описывающая общий принцип деятельности терапевта, метод этой деятельности обозначается категорией понимания. На материале случая учебной супервизии показано, что психотерапевт сначала понимает клиента на уровне значений, а феномен «сопереживающего понимания» порождается особой внутренней активностью терапевта по поиску в своем внутреннем мире личного опыта, который вступает в смысловой резонанс с переживанием пациента.

Ключевые слова

Переживание, сопереживание, понимание, эмпатия.

CO-EXPERIENCING PSYCHOTHERAPY

**Vasilyuk F. E., Psy. D., Professor,
Psychological Institute of the Russian Academy of Education,
Moscow State University of Psychology and Education,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

In co-experiencing psychotherapy, the category of «co-experiencing» describes the general principle of therapist's activity. The method of this activity is defined by the category of «understanding». According to the supervision material, it is shown that the therapist first understands the client's issues at a basic level. Whereas the phenomena of «co-experiencing understanding» stems from the therapist's internal search for his own personal experiences which resonate with the client's experiences.

Key words

Experiencing, co-experiencing, understanding, empathy.

В современной психотерапии насчитываются десятки авторитетных теорий и методов. Эта чрезмерная множественность создает особую проблему выбора и для пациентов, и для студентов, обучающихся психотерапии, и для страховых организаций. Критерии оценки психотерапевтических методов не могут сводиться к «эффективности», линейно понятой как редукция симптомов, они должны опираться на принципы холистичности и экологичности.

Холистичность же и экологичность методов зависит от того, насколько они гармонируют с «культурой психической деятельности» [Абаев, 1983] как пациентов, так и терапевтов. Ритуальный тибетский барабан, сделанный из черепов, несомненно, способен оказать мощное влияние на психику, но в какой степени сознание европейского пациента сможет целостно ассимилировать это влияние — большой вопрос.

Несмотря на чрезвычайную распространенность профессиональной психотерапии в развитых странах, люди по-прежнему получают первую психологическую помощь от близких, друзей и родственников, и чаще всего ее оказывается достаточно для преодоления стрессов и кризисов. М. М. Бахтин [1975] писал, что есть три типа реакции на беду другого человека: сочувствие, совет и практическое содействие. Основа всех этих форм психологической поддержки — человеческое сопереживание.

Поэтому и профессиональная психотерапия, если она хочет оставаться в ладу с культурной традицией и с культурой психической деятельности своих пациентов и адептов, должна включать сопереживание в свою «икономию». Еще недавно это утверждение звучало бы как благодушная гуманистическая декларация, но мощное развитие нейронаук, открытие зеркальных нейронов, показали, что эмпатия и сопереживание входят в саму природу человека и потому, должны быть исследованы на всех уровнях человеческого бытия — от нейрофизиологического до духовного [Карягина, 2015]. О многоуровневости исследования сопереживания приходится говорить особо, поскольку сейчас возродился методологический недуг, которым психология уже не раз за свою историю болела, — соблазн редукции психологических закономерностей к закономерностям нейрофизиологическим [см. Холмгорова, 2012]. Человеческое сопереживание не сводимо к функционированию зеркальных нейронов, хотя без этого материального субстрата оно не может осуществляться, ровно так же, как содержание сообщений по мобильному телефону никак не выводимо из физических законов функционирования этого устройства и из закономерности распространения радиоволн.

В русле культурно-деятельностного подхода в психологии [Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев] разрабатывается концепция «понимающей психотерапии», в которой процесс сопереживания является ключевым звеном психотерапевтического метода. Центральное положение процесса сопереживания нашло свое отражение в английском переводе названия данной теории — *co-experiencing psychotherapy* (терапия сопереживанием) [Vasilyuk, 2015].

Чтобы описать специфику понимающей психотерапии, удобно предложить ей ответить на ряд принципиальных вопросов (о ее цели и ценностях, предмете, методе и пр.) и сопоставить их с ответами представителей «смежных» гуманитарных практик — врача, учителя, воспитателя, философа, священника.

В отличие от **ценностей и целей** этих антропологических практик (здоровья, знания, воспитанности, мудрости, святости) понимающая психотерапия в соответствии с базовой теорией переживания имеет специфическую ценность и цель — *осмысленность*.

В отличие от **предметов** других практик, то есть тех **плоскостей человеческого существования**, к которым они апеллируют и на которые направляют свои воздействия (организм, способности, социальное поведение, мировоззрение, духовность), понимающая психотерапия обращена к *жизненному миру* человека.

В отличие от **проблемных состояний** человеческого существования, на преодоление которых направлены эти антропологические практики (болезнь, невежество, невоспитанность, заблуждение, грех), понимающая психотерапия нацелена на помощь человеку в совладании с *критическими жизненными ситуациями*.

В отличие от тех **процессов и действий** самого человека, которые ожидаются от него в рамках этих практик и которые осуществляют, собственно, требуемые изменения (процессы компенсации и восстановления функций организма, научения и освоения, социализации и самовоспитания, познания и любознательности, аскезы и исповедания), понимающая психотерапия ждет от человека активного *продуктивного переживания*, которое рассматривается как процесс смыслопорождения.

Наконец, в отличие от **специфических действий агентов** этих подходов (лечение, обучение, воспитание, ценностное наставничество, душепопечение) специфическая активность психотерапевта в рамках понимающей психотерапии может быть названа *«сопереживанием»*.

Сопереживание мыслится здесь не как эмоциональный отклик на чувства клиента, но как целостная творческая работа психотерапевта, протекающая на разных уровнях (эмоциональном, рефлексивном, личностном, коммуникативно-выразительном) и направленная на содействие продуктивному ходу и развитию переживания клиента. Общим **методом** этой целостной работы сопереживания является *понимание*.

Рассмотрение сопереживания как ядра профессиональной деятельности терапевта порождает целый ряд вопросов. Из понятия сопереживания нельзя устранить идею спонтанности, естественности, непреднамеренности, а профессиональная деятельность, которой нужно учиться много лет, должна быть искусственной: целенаправленной, произвольной, опосредованной и контролируемой. Как совместить естественность и искусственность, спонтанность и преднамеренность? Другой вопрос — о формах: если сопереживание мыслится как особая деятельность терапевта, то каковы формы, виды, жанры этой деятельности, которые могут воспроизводиться в терапевтической практике и транслироваться в терапевтическом образовании? Далее — вопрос о базовой структуре сопереживания: каковы необходимые и достаточные акты терапевта, чтобы состоялось событие сопереживания?

При всей важности этих проблем, первоочередной вопрос, который должен быть разрешен в рамках теории понимающей терапии (*co-experiencing therapy*), это вопрос о соотношении двух базовых категорий, каждая из которых дала подходу свое имя, категорий «понимания» и «сопереживания». Общий ответ на него (сопереживание есть основная деятельность терапевта, а понимание — метод этой деятельности) недостаточно конкретен.

Уточнить соотношения между пониманием и сопереживанием, позволит следующий эмпирический случай. В учебной консультации клиент жалуется, что в публичных ситуациях, например, на университетских

семинарах, он слишком уж старается «показать себя», «умничает», словом, ведет себя демонстративно, особенно если рядом появляется авторитетная для него фигура; это ему не нравится, но не удается с собой справиться. Студентка-терапевт делает запланированный стоп-кадр, поворачивается к супервизору и сообщает о своем затруднении: я понимаю смысл сказанного и могу ответить подходящей терапевтической репликой, но *не чувствую* этой проблемы, по личному опыту мне такая тенденция не знакома. Супервизор спрашивает: а, бывает ли с вами, что вы делаете то, чего не хотите, а что хотите, того не делаете? Он не успевает договорить невольную цитату из апостола Павла, как терапевт горячо откликается «о да!», тут же поворачивается к клиенту и с видимым воодушевлением продолжает консультацию.

Этот маленький учебный эпизод дает показательный срез внутреннего процесса терапевта. На первом такте терапевт понимала клиента на уровне слов, значений и предметной ситуации, но в этом понимании не хватало личностного смысла. Она не могла нащупать в своем опыте подобного переживания и потому чувствовала, что не может лично, искренне, конгруэнтно включиться в работу. Это было понимание без сопереживания. Вопрос супервизора помог внутреннему поиску терапевта усмотреть в жалобе клиента не только специфическое, конкретное содержание (демонстративные проявления, которые неприятны ему самому), но и общее содержание (борьба со своим неприемлемым, опять же для него самого, поведением). Этого оказалось недостаточным, чтобы терапевт и осознал, и почувствовал внутри себя такой личный опыт, который созвучен с опытом клиента. Его личное переживание стало в этот момент органом отклика и органом понимания переживания клиента. Такое вовлечение своего переживания в качестве инструмента понимания переживания клиента делает мое, терапевта, переживание сопереживанием, я сейчас переживаю не только *этот* опыт, а *этим* опытом, не его,

а — им; мое переживание начинает исполнять функцию понимания другого и тем самым становится *понижающим сопереживанием*.

С другой стороны, бывшее у меня на первом такте сухое безличностное понимание на уровне слов, предметов и значений теперь становится моим личным пониманием на уровне смыслов, следовательно, становится *сопереживающим пониманием*.

Внутренний процесс терапевта, таким образом, разворачивается из двух, сначала независимых точек — внешнего понимания клиента и внутреннего личного переживания. Терапевт чувствует недостаточность такого понимания и ищет восполнения своего понимания не во внешнем мире, не в поле консультативной ситуации, а в своем внутреннем мире. И когда он нащупывает резонирующее с ситуацией клиента личное переживание, с последним начинают происходить значимые метаморфозы. Мое одинокое в-себе-и-для-себя переживание становится органом понимания другого, оно остается бытием-в-себе, но становится при этом бытием-для-другого, служит пониманию другого, мое переживание становится к тебе направленным и для тебя пребывающим бытием. И в этой своей направленности к тебе и посвященности тебе мое переживание становится сопереживанием. Сопереживание есть бытие переживания к тебе.

В результате этого двойного процесса рождается единый феномен *психотерапевтического сопереживания*.

Этот маленький эпизод наглядно выявляет сердцевину понимающей психотерапии как терапии, основанной на сопереживании, ко-экспериментальной терапии. Поскольку терапевт в сопереживании опирается на свой личный опыт, то и терапевтический процесс становится уникальным не только из-за неповторимости опыта клиента, но и из-за неповторимости опыта терапевта и его личного отношения к этому опыту. Поэтому терапия сопереживанием есть личностно-центрированная терапия [К. Роджерс].

Библиографический список

1. Абаев Н. В. Чань-буддизм и культура психической деятельности в средневековом Китае. — Новосибирск: Наука, 1983.
2. Бахтин М. М. Вопросы литературы и эстетики. М.: Художественная литература, 1975.
3. Карягина Т. Д. Эмпатия как метод: философский взгляд // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 5. С. 205–234.
4. Холмогорова А. Б. Мозг и душа: старая проблема в новых условиях // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 4. С. 208–219.
5. Vasilyuk F. E. Coexperiencing Psychotherapy as a Psychotechnical System. Journal of Russian & East European Psychology. 2015. Vol. 52. No. 1. P. 1–58.

PSYCHO-SOCIAL PROBLEMS & MENTAL HEALTH

Dubey V. S.,

Board Member of Asian Federation for Psychotherapy (AFP) & Yoga & Psychotherapy Association of India (YPAI)

Social problems in its simplest term refers to any situation which attracts the attention of considerable number of observers within the society and appeal to

them as calling for adjustment or remedy by collective action of some kind or other. An authority in dealing social problem, Horton and Leslie in their book “Sociology

of Social Problems”, defined “social problem as a condition affecting a significant number of people in ways considered undesirable, about which it is felt that something can be done through collective social action”. This definition clarifies that any problem in the society is not a social problem. Only those problems, for which something can be done to undo it, can be bracketed within the realms of social problems. Thus, poverty, unemployment, population explosion, corruption, communalism, crime, regionalism, youth unrest, agitation, drug abuse, alcoholism, etc are innumerable social problems.

The scope of social problem is ever increasing in the modern industrialized world. There are some pathological conditions, which are in itself not a social problem, in fact are personal problem, but have the potential to trigger of social problems. We are talking about stressful life that an average man faces in this industrialized world of ever increasing expectations to out-perform. This stressful condition leads men to alcoholism and drug abuse. It is in this context, Lowell J. Carr has rightly pointed out that a social problem exists whenever we become conscious of a difficulty, a gap between our preference and reality. Landis too has similar opinion when he said, “Social problems are men’s unfulfilled aspirations for welfare”.

Now-a-days, to cope with the stress, a new kind of adventurism, which was earlier of metropolitan character, has sneaked into the towns too and is fast acquiring the status of social problem. It is the case of extramarital affair, which is shattering familial life across cities and towns. Late night party culture coupled with easy access to dancing floor and drinks is aggravating the problem. All these kinds of problems can be solved to a greater extent by practicing Yoga and Psychotherapy. For that we ought to know what Yoga is? This will help in devising an approach in dealing with social problem.

The term ‘Yoga’ is derived from Sanskrit word ‘Yuj’ meaning ‘control of mind’. Kathopanishad (II, 3, 10–11) defines ‘Yoga as a state of steadiness and control of senses as well as the mind and the intellect which when attained makes an individual completely faultless and unoffending’ (Dr. K. S. Joshi, Yoga in daily life, 12). This is attained by combination of Asans-Postural Patterns and Pranayama—the breath control technique. The Yoga is in practice from Vedic period as it finds reference in Rig Veda and Atharva Veda. One of the greatest exponents of Yoga in older times was Patanjali, who gave the concept of Astang Yoga (eight-fold system of Yoga) in his book ‘Yoga Sutra’.

Now comes the daunting task of conjoining Yoga with causes and cure of social problems. This requires first defining the typology of social problems. Though there is no convergence of views, but Fuller and Meyer have propounded most distinguishable and widely accepted typology. Taking cue from them, we can differentiate social problems into three kinds on the basis of its genesis, namely,

1. **Physical Problems** meaning these problems are caused by environmental factors, examples are flood and famine,

2. **Natural Problems**, the root of the problem lies in the intrinsic nature of individual example murder, rape, crime; and,

3. **Relational Problems** meaning, the genesis of these problems are due to the stress, which an individual faces. Thus the social problem is in the form of releasing stress. This kind of social problem is in relation to the stressful condition of mind and body and therefore it is called relational social problem. Examples of this type are alcoholism, drug abuse, extramarital relationship, etc.

As far as the genesis of first kind of social problem is concerned, namely, physical problem, Yoga does not play any role because these are caused by super individual factors like scarcity or scores of rain. But Yoga play crucial role in defining cause and cure of the other two types of social problems. Lets see how.

Hindu ancient texts like Bhagwat Geeta, Vedas, etc and various philosophical systems like Yoga, Susruta, Ayurveda talks about ‘three Gunas’, popularly called as ‘Triguna Theory’ of Samkhya Yoga (discussed later). These are the three nature (Gunas) of individual, namely Sattvic, Rajas and Tamas. These Gunas according to these texts, defines the inherent nature or character of any individual. These Gunas eventually guides the behaviour of individual in the society. Sattvic, Rajas and Tamas are three characteristic produced by nature which binds the indestructible soul with the body. Further the shlokas from 6–10, Chapter 14, can be interpreted as saying the Sattvic Guna does not produce any conditions which may cause social problems. But Rajas and Tamas Gunas compels individual to create conditions, which may cause social problems. This is in parlance with our second typology of social problem.

Further, the crux of the shlokas from 11 to 27 of Chapter 14 of Bhagwat Geeta explains that pathological conditions arising out of suppression of Sattvic Gunas by Rajas and Tamas Gunas causes social problems.

Moving to our third typology, that is the Relational Problems, is caused by, as mentioned earlier, by the stressful conditions of the mind. Thus the Dosha as mentioned in the Ayurveda forces individuals towards the vices of alcoholism and drug abuse. These Doshas are caused by imbalance between body, mind and soul. It is pertinent to note here that Ayurveda’s concept of health is not limited to the body, but extends to integrating all three, namely body, mind and soul.

The Holy Hindu religious texts and philosophical systems do not end here. They also give an elaborate explanation on the cure of such social problems. Here also we have two approaches to solve social problems. One approach deals with solving second type of social problem. It involves towards efforts to change the nature of the individual. This is based on ‘triguna theory’. Ayurveda, Yoga Sutras of Patanjali and Tantra School of philosophy adhere to this Triguna Theory. The basis of this theory is the ‘Samkhya System’, derived from ‘Samkhya’ meaning ‘numbers’. This theory believes that all the three Gunas are found in an individual and it is the enumeration of one Guna over the other two

that determines the nature of the individual. Thus, by abeyance and discipline one can alter the admixture of these Gunas in favor of Sattvic Guna, thereby reducing possibility of social problems. This can be done by yogic techniques and control over food and thoughts (Bhagwat Geeta). The important yogic asanas for control of Gunas are recommended later in the article.

Yoga provides a simple and direct approach for the cure of third typology of social problems wherein, stressful conditions of mind leads to social problems. Therefore to create a balance between body, mind and soul, yoga asanas should be performed. The performance of these asanas would bring calm to the mind. Thus person reeling under the weight of stress and strain may divert to alcoholism and drug abuse, can be straight away prevented from falling under such vices.

The Yoga techniques recommended for the cure can again be classified into three types, based on the ways they are performed. They are as following.

1. **Asanas:** these helps to build up a healthy body and tone up muscles. It further enhances the coordination between mind and body functions. A simple yogic capsule for includes:
 - **in sitting posture:** vajrasana, shashankasana, suptavajrasana, padmasana, yogmudra, paschimottanasana, matsyasana, ardhmatsyendrasana (or simplified form: vakrasana);
 - **lying posture:** sarvangasana, shavasana, dhanurasana, halasana, bhujangasana.
2. **Pranayama:** This is done for mental peace and calmness. They include-Suryabhedhi Pranayama, Anuloma-viloma, Ujjai and Bhastrika Pranayama.
3. **Meditation:** The effort here is to bring about a union of human soul with cosmic soul. These include:
 - to meditate on the syllable AUM;
 - by doing recitation of guru mantras;
 - keertan, bhakti and satsang.

Thus in short it can be concluded that yoga plays an important role in understanding and curing social problems. By adopting Yoga and its techniques as a part of life an individual can maintain the balanced state of mind which is the prime cause leading to deviation from the right path.

As a holistic system Yoga deals with the body, mind and behaviour in a synergistic way. For this purpose it makes use of the procedures of asanas, relaxation, breathing and meditation and the principles of Yoga such as Yama, niyama, pratipakshabhavana, maitri, karuna, mudita, upeksha, abhyasa and vairagya to mention a few. The general framework of yoga psychotherapy must be that the client should develop a broader perspective on self and world, self discipline, responsibility, acceptance, congruence, compassion and a attitude of witness to life with less ego involvement and more task orienta-

tion. From a psychological perspective, meditation is essentially a procedure of expanding one's awareness and directing that awareness to achieve control over body, mind, feelings and emotions, thoughts and behaviour. The volitional control, which gives the individual freedom to think, emote and act for self-fulfillment and social harmony must be the goal of yoga psychotherapy (Swami Ajaya, 1976). Yoga could be valuable tool in establishing and maintaining health and well being of the individuals (Krishna Rao P. V., 1995).

Conclusion. Indian tradition, scientific research and clinical experience all point out that yoga practices are probably the most important and effective self-help tools available to man. It appears that the Indian practitioners of psychotherapy, who have been looking for a conceptual framework and a set of procedures which are not alien but intimate to the Indian mind would definitely find an alternative in yoga. The importance of yoga is coming into light in the west in the comparative analysis of different systems by psychologists to find out meaningful answers to some problems of life. We seem to be very close to a behaviour technology and self reliance in the domain of yoga. The main principle of yoga therapy is that it seems to establish the homeostasis in the organism as a whole. As yet, however, it has not been established exactly how this is accomplished. But when proper investigation along scientific lines has been set up in several places throughout the world, yoga therapy will be properly recognized as a valid form of treatment. The doors of yoga therapy have already been knocked and opened up. Only earnest research and therapeutic pursuits by scientists and clinicians may perfect the ages old yoga and make it more and more refined and suitable to people all over the world.

As yoga embraces all aspects of human life and also provides techniques for the regulation of the mind body complex, it is up to the researchers and clinicians to develop an indigenous psychotherapeutic system out of it, which would be comprehensive enough to deal with the complexities of modern life and its cultural values. It appears that the Indian practitioners of psychotherapy, who have been looking for a conceptual framework and a set of procedures which are not alien but intimate to the Indian mind would definitely find an alternative in yoga. It is evidenced in the writings of Geraldine Coster, Swamy Rama, Ajay and several other thinkers of East and West.

The importance of yoga is coming into light in the West in the comparative analyses of different systems by psychologists to find out meaningful answers to some problems of life. These endeavours have been leading to the development of principles and procedures separating yoga more or less from its mystical and metaphysical spheres and perfecting it on secular and scientific grounds.

Bibliography

1. *Coster G.* "Yoga and western psychology: A comparison; Oxford University Press, London. 1934.
2. *Giri C.* Yoga and physical fitness with special reference to athletes // IATHPER Qr. Jour. 1966. 2:6.

3. *Goleman D.* Meditation as meta therapy: Hypothesis towards a proposed 5th state of consciousness // *Journal of Transpersonal Psychology*, 1971. 31. P. 1–26.
4. *Harver R.J.* Behaviour therapy and yoga // In Swami Ajay (Ed.) *Psychology East and West*. Honesdale: The Himalayan International Institute of Yoga Science and Philosophy. 1976. P. 50–75.
5. *Horney K.* *Neurotic personality of our times*. Norton, New York. 1937.
6. *Krishna Rao P.V.* Yoga: its scientific and applied aspect // *Jour. Of Indian Psychology*. 1995. 13:2. P. 1–11.
7. *Kuppuswamy B.* *Elements of ancient Indian psychology*. New Delhi: Vani Educational Books. 1985.
8. *Alyananda Swami, Vinekar S.L.* *Yogic Therapy*. Central Health Education Bureau, Ministry of Health, Govt. of India, New Delhi. 1963.
9. *Singh H.G.* *Psychotherapy in India*. Agra: National psychological corporation. 1977.
10. *Tart C.T., Deikman A.J.* Mindfulness, spiritual seeking and psychotherapy // *Journal of Transpersonal Psychology*. 1991. 23 (1). P. 29–52.

ФЕНОМЕН КАЧЕСТВА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, КАК ПРЕДМЕТНАЯ СФЕРА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ДИАЛОГА

Катков А. Л.,
Международный институт социальной психотерапии,
Санкт-Петербург

Аннотация

В статье приводятся основные результаты комплексного исследования в сфере определения качественных характеристик индивидуального и социального психического здоровья. В частности, обращается внимание на высокую степень взаимозависимости идентифицированных качественных характеристик с наиболее актуальными социальными проблемами — такими, как риски вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии; необходимость повышения индивидуальной и социальной эффективности в кризисных ситуациях, и пр. Приводится описание мета-модели социальной психотерапии, объединяющей действующие службы психического здоровья.

Ключевые слова

Психическое здоровье, качественные характеристики, социальная психотерапия.

PHENOMENON OF MENTAL HEALTH QUALITY AS A SUBJECT OF INTERDISCIPLINARY DIALOGUE

Katkov A. L.,
International Institute for Social Psychotherapy,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article summarises the main results of the comprehensive study on determining the quality characteristics of individual and social mental health. In particular, it draws attention to the interdependencies between the identified qualitative characteristics and the most urgent social problems—such as the risks of involving population in destructive social epidemics, the need to increase individual and social efficiency in crisis situations, etc. In addition, the paper provides the description of the meta-model of social psychotherapy, combining existing mental health services.

Key words

Mental health, quality characteristics, social psychotherapy.

Актуальность

Обращение к теме системного исследования и адекватного определения качества психического здоровья обусловлено рядом обстоятельств, часть из ко-

торых представлена в сфере психиатрии, психотерапии и консультативной психологии — профессиональных направлениях, до настоящего времени не имеющих удовлетворительного консенсуса и использующих разную терминологию для обозначения качествен-

ных характеристик категории психического здоровья. Между тем основные усилия специалистов именно в этих дисциплинах сосредоточены в работе с качественными характеристиками состояния психики клиента (пациента).

Особая значимость других обстоятельств связана с тем, что феномен качества индивидуального и социального психического здоровья тесно связан с возможностью эффективной самоорганизации и развития человека во все более агрессивной среде. И в данном контексте качественные характеристики категории психического здоровья представляются уже не сферой узко-профессионального интереса, но масштабным полем для конструктивного сотрудничества служб психического здоровья, сектора здравоохранения в целом, образования и культуры.

Общая методология исследования

Комплексный проект по исследованию системных характеристик феномена качества индивидуального и социального психического здоровья включал семь относительно самостоятельных фрагментов, объединенных общей стратегической целью и единым методологическим подходом, реализованных в период 2001–2015 гг.

При этом использовались диагностические, экспериментальные, статистические и аналитические методы исследования, а так же — инструменты, соответствующие избранной методологии.

Материалы исследования были распределены на группы эпидемиологического, клинического, экспериментально-психологического, нормативного профиля.

Выводы в отношении содержательных характеристик феномена качества психического здоровья (дифференцированные характеристики психических свойств, процессов и состояний) делались исключительно на основании подходов доказательной практики.

Выводы в отношении дееспособности метамоделей социальной психотерапии делались на основании анализа результатов широкомасштабного организационного эксперимента.

Результаты исследования

Определение качественных характеристик и уровней психического здоровья. В контексте принятых в нашем исследовании методологических установок качественные характеристики психического здоровья определяются как система психологических факторов (свойств и процессов), высокий уровень развития которых обеспечивает эффективную самоорганизацию, безопасность и устойчивое развитие человека в агрессивной среде.

Соответственно, уровни качества психического здоровья определяются как определенная степень развития обозначенной совокупности психологических факторов у конкретного субъекта (индивидуальные характеристики качества психического здоровья), или степень интенсивности распределения ранжированных качественных характеристик в исследуемой

выборке населения (социальные характеристики качества психического здоровья).

При этом, идентифицируемые уровни качества индивидуального и социального психического здоровья, определяемые в соответствии с базисной методикой, адресуются к социальному индикатору, учитываемому при выведении общего контекста комплексной исследовательской программы. В нашем случае это индикаторы индивидуальной и социальной эффективности, степени риска вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, наличия показаний к профессиональному — профилактическому, консультативно-психологическому, психотерапевтическому — вмешательству.

Методологически и практически важно, что в приведенном определении обозначается грань между общим понятием психического здоровья (ассоциируемого в большей степени с критериями наличия-отсутствия расстройств психики и поведения) и качественными характеристиками этого сложного феномена. Последние характеристики в ближайшей перспективе будут дополнять и конкретизировать контент сложной категории «психическое здоровье», вытесняя не совсем удачный по лексическому обозначению, но вполне равнозначный по содержанию термин «психологическое здоровье» (в этом термине присутствует общность к психологической науке, но, не к предметной сфере исследуемого сектора здоровья).

Однако еще более важным аспектом настоящего определения является акцент именно на те психологические свойства и способности, которые идентифицируются в соответствии с заданным функциональным контекстом — т.е. являются зависимыми переменными, имеющими понятный прагматический смысл. Таковую исследуемую совокупность, безусловно, следует отличать от независимых переменных — проявлений элементарной или более дифференцированной психической активности, уровень и темп развития которых в большей степени обусловлен стабильными биологическими факторами, и не может быть существенно повышен в краткосрочной, и среднесрочной перспективе, тем более с достижением предусмотренных конечных индикаторов.

В ключе вышеприведенных комментариев проясняется основная сфера приложения таких научно-практических направлений как профессиональная психотерапия, аддиктология, консультативная психология. То есть обозначение данных институтов как «служб психического здоровья» в данном случае, наполняется новым смыслом, указывающим на нацеленность этих служб на работу с качественными характеристиками индивидуального и социального психического здоровья и решение достаточно серьезных социальных проблем, прямо или косвенно связанных с тенденциями прогрессивного снижения качества психического здоровья.

Базисные содержательные характеристики качества психического здоровья. Проведенное нами комплексное исследование позволило идентифицировать следующие содержательные характеристики феномена качества психического здоровья:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- сформированность внутреннего локуса контроля;
- наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям.

Далее, вышеприведенные содержательные характеристики интегрируются в следующие функционально-динамические структуры:

- способность идентифицировать существенные характеристики и адекватно реагировать на актуальные планы реальности;
- способность прогнозировать развитие значимых ситуаций и моделировать свое поведение в соответствии с такими прогнозами;
- способность выстраивать долговременные модели (проекты) индивидуального развития в соответствии со значимыми и мотивирующими целями;
- способность разрабатывать и реализовывать ситуационно-стратегические адаптивные модели поведения и развития;
- базисная потребность в самоорганизации.

Обозначенные структуры-свойства демонстрируют процесс развертывания функционального потенциала идентифицированных первичных свойств в адаптивные способности более высокого уровня при продвижении субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла, которые и обеспечивают безопасность и устойчивое развитие субъекта в агрессивной среде.

Метамодель *социальной психотерапии (СП)* понимается как организованная, масштабная практика использования экологически выверенных подходов и технологий — собственно психотерапевтических,

консультативных, тренинговых, воспитательных, образовательных, реабилитационных — в отношении населения с низкими или средними уровнями качества психического здоровья и, соответственно, высокими рисками и признаками вовлечения в деструктивные социальные эпидемии.

Дифференцированные цели социальной психотерапии:

- эффективное управление рисками (скрининг, первичная профилактика) и фактами (первичная помощь, терапия, реабилитация) вовлечения населения в деструктивные социальные эпидемии всех типов;
- устойчивое снижение распространенности химической, деструктивной психологической зависимости, психических и поведенческих расстройств, связанных со сложностями адаптации в агрессивной среде;
- достижение приемлемых уровней саногенной самоорганизующей активности, показателей качества жизни и социальной стабильности в обществе;
- достижение высоких уровней социальной эффективности, в том числе и в отношении скорости преодоления генерализованных и локальных кризисов.

Метамодель СП включает кластерный принцип организации и взаимодействия трех основных секторов социальной сферы (образование, здравоохранение, социальная помощь) в трех основных сферах профессиональной деятельности — психолого-психотерапевтической, саногенной (первично-профилактической), аддиктологической — в сфере форсированного развития высоких уровней качества индивидуального и социального психического здоровья, и эффективного противодействия распространению деструктивных социальных эпидемий.

По результатам проведенного комплексного исследования, метамодель СП демонстрирует доказательно высокую эффективность в достижении заявленных целей.

СУБВЕРБАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

**Кочарян А. С., д. псих. н., профессор, Барина Н. В., к. псих. н., доцент,
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
Харьков, Украина**

Аннотация

Рассмотрены проблемы построения модели клиент-центрированной психотерапии, которая чувствительна к субвербальному опыту клиента, к переживаниям, лежащим за границами слов. Предлагается топологическая модель психики, метафорически презентующая место и роль организмических потоков и их блокирование в системе личности. Обсуждается техническое обеспечение клиент-центрированной психотерапии.

Ключевые слова

Клиент-центрированная психотерапия, фокусирование, уравнивание эмоций, организмический поток.

SUPERVERBAL MODEL OF CLIENT-CENTERED PSYCHOTHERAPY

Kocharian O. S., Psy. D. Professor,
Barinova N. V., PhD (Psychology), Associate Professor,
V. N. Karazin Kharkiv National University,
Kharkiv, Ukraine

Abstract

The issues of the client-centered psychotherapy model development which is sensitive to clients' superverbals experience and emotions beyond the words are examined. The paper suggests a topological model of mind, that is metaphorically presenting the place and role of organismic flows and their blocking in personality system. Technical support of client-centered psychotherapy is discussed.

Key words

Client-centered psychotherapy, focusing, balancing emotions, organismic flow.

На экспериентальном этапе развития клиент-центрированной психотерапии (КЦП) [1] произошел существенный сдвиг от слов, символизирующих эмоциональный опыт клиента, к субвербальному опыту клиента. Ю. Джендлин [2] подчеркивал важность в психотерапии непосредственного переживания тела и наличие у психотерапевта «экспериентальной рефлексии» (чувствительности к субвербальному телесному опыту клиента — к чувствам-в-теле) психотерапевта.

Нами [3] была предложена топологическая модель психики, которая метафорически описывает, как минимум, два процесса: 1) *формирование «мертвых» зон* из-за «закупорки» жизненных «капилляров» «заторными» переживаниями в определенном возрастном периоде; 2) *формирование структуры самого «заторного» переживания*.

Относительно первого процесса. «Мертвые» зоны появляются в результате того, что «заторные» переживания перекрывают движение организмического потока. Важно понимать как детская травматическая ситуация «легла» на человека — каким конкретным переживанием. Мишень работы — конкретное «заторное» переживание, которое серьезно затрудняет или делает невозможным протекание организмического потока в теле и, соответственно принципу эквивалентности, в душе. Чем более перекрыт живой поток в «капилляре», тем в большей мере реальность замещается фантазией, а желания подменяются его суррогатами — вместо «хочу» — «хочу хотеть», а потом «хочу, чтобы хотелось хотеть» и т. д. Когда фантазия уже не справляется с функцией замены реальности, она «лопается как пузырь» и возникает Пустота (бессмысленность) с соответствующей клинической картиной.

Цель психотерапии — *восстановить нарушенный эмоциональный поток*, освободить «капилляр» от «бляшек». В качестве «бляшек» выступают «заторные» эмоциональные переживания.

Вторичные «заторные» переживания (напр., обида, злость, беспомощность, зависть, ревность) не имеют качества текучести, они «слиплись», превратились в «кристалл», осевший в теле как «вещь», они осознанны или близки к осознанию, они не возникают

и не исчезают — они есть всегда (в актуальной или потенциальной формах), они резистентны к психотерапевтическому воздействию [3]. Делать их мишенью психотерапии — плохая идея: их можно только рационализировать, катартировать, «релаксировать», понизить их «энергетику» за счет смещения внимания на что-то другое и т. п. Задача психотерапии зайти под слой этих вторичных «заторных» эмоций.

Относительно второго процесса. «Заторное» переживание многослойно, включает в себя: 1) *вторичные переживания* (обида, злость, беспомощность и т. п.), возникающие как реакция на психотравму; 2) *первичные переживания*, лежащие в основе всего негативного «заторного» комплекса (чувства второсортности, ненужности, порочности/грязности и т. п.).

Первичные «заторные» переживания имеют высокий порог осознания и, в отличие от вторичных переживаний, способность «двигаться». В этом смысле интересны идеи К. Роджерса о стадиях работы с этими первичными переживаниями. На *первой стадии* наблюдается феномен «просачивания», когда эти переживания начинают себя проявлять, а затем и частично осознаться. На второй стадии эти переживания доходят «до предела». И здесь актуализируется описанный К. Роджерсом (и плохо артикулированный) *механизм «уравновешивания эмоций»*, когда эти первичные «заторные» переживания, двигаясь, освобождают «просвет капилляра», напр.: «Я никому не нужен? Нет, нужен. Как это я не нужен?! Нужен!!!». Травму «ненужности» убрать практически невозможно, но сдвинуть «затор» и освободить движение по капилляру — возможно.

З. Фрейд (цит. по [4]) указывал, что важно «повысить интенсивность эмоционального и аффективного процесса», на что и направлен механизм уравновешивания.

А что собственно течет по капилляру? В антропологии К. Роджерса нет указаний на то, какие именно процессы являются организмическими. Отсутствие перечня организмических тенденций является недостатком в области теории антропологии, но оборачивается достоинством в психотерапевтическом контексте.

сте [5]. Мы определяем этот организмический процесс как «зОВ».

«ЗОВ» в христианской сотериологии позволяет раскрыть подлинность человеческого существования «через преодоление ...автономной тотальности с помощью ответственного отношения с Другим» [6]. В психотерапевтическом контексте это означает две вещи: 1) организмическая тенденция как «зОВ» имеет направленность вовне — к Другому; 2) в организмической тенденции «впаян» смысл: нет смысла задавать вопрос: «В чем смысл?». Когда наполненная сексуальная или пищевая потребность себя реализуют, то у человека не возникает подобного вопроса, он излишен, все очевидно само по себе — просто хочется. Любая попытка привнести смысл извне трансформирует саму тенденцию: еда, становится лекарством, способом заслужить любовь родителей и т.п., т.е. «как бы» едой, утрачивает свой исходный организмический смысл. «ЗОВ» же становится носителем истинных, натуральных, естественных, чистых и т.п. процессов. Важно не столько понять человека, сколько сдвинуть «заторные» переживания, освободить организмический поток, сопроводить клиента в глубину собственных переживаний, в зоны, в которых правит не слово, а переживание, лишённое слов, субвербальное переживание. Ю. Джендлин (цит. по [7]) метафорически обозначает такое движение клиента в психотерапии как процесс, «несущий вперед», а К. Роджерс [8] указал, что он осуществляется при наличии «чувства правильности». Способ работы с такими переживаниями — эмоциональные и телесные резонансы психотерапевта, который помогает клиенту «найти» его первичные «заторные» переживания.

Обнаружение клиентом первичного переживания (как стержневого) способствует распаду «заторного» конгломерата, который приобретает способность двигаться — «забитый» капилляр начинает работать — по нему устремляется (первоначально только «просачивается») организмический поток.

Открывшаяся организмическая тенденция просится в личность, которая может сделать ее своей «программой», но для этого нужно мужество [8, с. 2] и доверие по отношению к своей собственной тенденции к самодетерминации [9, с. 25].

Техники поддержки механизма «эмоционального уравнивания». Актуализация первичных

«заторных» переживаний обеспечивается самой разной группой техник: 1) разными вариантами их *фокусирования* (обнаружение клиентом переживания в себе) и 2) разными вариантами их *амплификации*.

Фокусирование направляет внимание клиента на то, что еще находится за рамками его осознанного переживания. Это могут быть слова психотерапевта, открыто символизирующие потаенное переживание клиента, открытая экспрессия психотерапевтом резонансных переживаний, обращение внимания на определенные слова, позы, жесты и др. клиента или их усиление и т.п. В ряде случаев мы ищем *felt sense* (прочувствованное ощущение) и работаем с ним. Так, на одной из групп было дано задание найти телесный резонанс (прочувствованное ощущение) на фразу: «Я счастлива». Одна девушка начала показывать руками (слов еще нет) то, что она чувствует (ощущает) внизу живота. Это было движение «выжимания» белья. Повторяя это движение, я усилил его, и сказал: «У меня такое впечатление, что это скручивание, выжимание того, что живет внизу живота». Она почувствовала холод в указанном месте. Я предложил ей сделать движение раскручивания. Сделав это, она почувствовала тепло внизу живота, раскраснелась. На следующее утро сообщила о том, что проблему вагинизма она успешно решила (сама!).

Амплификация состоит в потенцировании у клиента выявленного в процессе фокусирования первичного «заторного» переживания: поддержка и похвала, провокации, нагнетания, сомнения, критика, интерпретации и т.п. Важно ослабить защитный телесный «каркас», удерживающий первичное переживание. С этим мы также работаем.

В ряде случаев наша стратегия направлена не на усиление первичного переживания (когда это слишком травматично, а сама организмическая тенденция значительно ослаблена — ради чего страдать?!), а на прямую поддержку организмической тенденции.

Такое понимание клиент-центрированной терапии выводит ее из разговорного жанра, наполняет качествами переживания, телесности и инструментальности. Переживания лежат не в плоскости слова (они в нем оказываются потом, и то необязательно подходящим). И в этом смысле трудно согласиться с мнением В.П. Руднева [10], что психотерапия — это только «языковая игра».

Библиографический список

1. Hart J., Tomlinson T. The development of client-centered therapy // New Developments in Client-Centered Therapy. Boston: Houghton-Mifflin, 1970. P. 3–22.
2. Gendlin E. T. Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with schizophrenics // Journal of Existential Psychiatry. 1963. No. 14, 4. P. 105–120.
3. Кочарян А. С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии // Психологічне консультування і психотерапія. 2014. Вип. 1–2. С. 24–36.
4. Ницше Б. Значение сексуальности в трудах Зигмунда Фрейда // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Зигмунд Фрейд. Жизнь, работа, наследие. М.: Издательство: Интерна, Менеджмент, 1998. С. 365–406.
5. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ / Пер. с англ. СПб.: Издательство «Речь», 2002. 539 с.
6. Филоненко А. С. Собирающий зов Другого [Электронный ресурс]. — <http://www.pca.kh.ua/2010-01-23-19-50-46/113-fil2>.
7. Boukydis Z. Understanding Focusing-Oriented Psychotherapy / Boukydis Zack, Kántor Árpád // Психологічне консультування і психотерапія. 2015. Т. 2. Вип. 1–2. С. 62–74.

8. *Mearns D., Thorne B.* Person-centred counselling in action. London: Sage, 2008. 242 p.
9. *Боуэн М. В.-Б.* Духовность и личностно-центрированный подход // Вопросы психологии. 1992. № 3–4. С. 24–33.
10. *Руднев В. П.* Миф психотерапии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т. 3. № 1. С. 97–102.

EXISTENTIAL ANALYSIS—A PSYCHOTHERAPEUTIC UNDERSTANDING OF HUMAN EXISTENCE

Längle A., MD, PhD, Professor, Mult. Honorary Professor, Mult. Honorary Doctor,
International Society for Existential Analysis & Logotherapy,
Vienna, Austria

Abstract

Existential Analysis (EA) is a phenomenological psychotherapy with specific insights into existence. It describes the preconditions to come to a fully lived life (existential fundamental motivations) as well as the central developmental process (Personal Existential Analysis). Based on this broad structure of existence the basics of EA can be applied by all human related professions.

Key words

Existential analysis, fundamental existential motivation, existence, structural model, personal existential analysis.

Existential Analysis and Logotherapy. The purpose of this paper is to provide a short overview of EA. EA has its roots in the work of the Viennese psychiatrist and famous holocaust survivor Viktor Frankl (1905–1997) [2, 3, 4, 5]. He developed a specification within Existential Analysis, which he called *Logotherapy* [4, 5]. Frankl has found the search for meaning as the deepest motivation in human existence. For that reason he coined the term “Logo”-therapy—therapy and healing through finding meaning [4].

Whereas Logotherapy is centered on the treatment of meaning-disorders, *Existential Analysis* (EA) as psychotherapeutic method is apt to treat all different kinds of psychic diseases. The core assumption of Existential Analysis holds that the human being is primarily using his *decisive power* to reach the level of a full and fulfilled existence. To do so the individual activates his/her innate openness to the (outer and inner) world by entering a dialogue. EA therefor holds two elements as generally pathogenic:

- acting (living) with inner *disagreement*
- lack of *dialogue*—inner dialogue and/or dialogue with the “world”.

On the layers of this existential weakness the specific etiological factors of different disorders can spread and develop their pathogenic power.

EA can be *defined* as a phenomenological psychotherapy aiming to help people to gain a free emotionality, to find authentic inner positions and to come to a responsible way of expression and action with oneself as well as with others and things. The central method is called “Personal Existential Analysis (PEA)”. The result of a successful existential-analytical psychotherapy can be seen in a **living with inner consent** to one’s own

acting and being in a dialogical exchange with one’s world.

EA aims to install the free and responsible person as the acting centre in its own life. It therefore tries to mobilize the person’s decisive potentials (Jaspers) [6] based on an activated emotionality (Scheler) [9] and a dialogical exchange (Buber) [1] with the situational (inner/outer) givings (Frankl) [4].

Characteristic of openness (phenomenology).

Its approach is phenomenological, which means fundamentally open to whatever the person is actually moved by and dealing with. In focussing the (often unconscious) decisive potentials, it confronts them with the personal responsibility.

EA works with the *subjectivity* of both, patient and therapist, and takes it for serious. It concentrates on what is *felt* in front of this world where the patient is living in, or in front of the theme he is talking about. EA works mainly with finding and clarifying *emotions* accompanying the experiences, for they are the basis for any realization of freedom by making decisions. Having freed the emotional experience, the person can find his authentic *positioning* and his attitudes towards the world and towards himself. Thus regaining his own essence he is enabled to *answer* the world in a self-accepting manner. The goal of Existential Psychotherapy is to gain a responsible and meaningful participation at the world and at ones own life. This means bringing in one’s own subjective feelings, standpoints, opinions and decisions in a responsible exchange with others and with the situations in which we are embedded.

Personal Existential Analysis—the processual method. This characteristics of the EA process are formulated in a practical and systematic way of application, the Personal Existential Analysis (Längle) [7, 8].

PEA works at the level of the subjective (i. e. personal) experience and activated emotions, which includes perceptions, evaluations, attitudes (decisions) and possible actions to their situations. This is continued until they find a way by which they can live with an *inner and free consent (agreement)* with their situation and with themselves. To find the inner consent is the criterion for having reached the end of the psychotherapeutic intervention.

PEA implies a turn toward the person's inner experience, which leads away from the logotherapeutic concentration on the outer world of duties and offerings of the situation. This self-critical reflection within the school brought to light the need of an implication of the individual information process in psychotherapy, a look at the prerequisites of existence and a taking for serious the inner-world of feelings and drives. This also led to a new theory of emotion within EA, to the development of more techniques and methods (like the methods of Finding Meaning, of Strengthening of Will, of Personal Positioning, of Changing of Attitude) and finally led to a substantial rethinking of existence.

The Existential Fundamental Motivation. Phenomenological analysis revealed four basic themes underlying human existence. They form the conditions of a fully lived, meaningful and fulfilled existence—they are somehow the “cornerstones of existence”. There are some parallels to Yalom's (1980) concept of four themes as basic for Existential Psychotherapy [10]. These *personal-existential fundamental motivations* cover the *ontological*, the *axiological*, the *ethical* and *practical* level of human existence.

The existential interaction (“dialogue”) happens around these four existential challenges: world, own life, self, meaning and future (time). Thus these four dimensions of existence treat our relation and attitude to

1. the *World* and our being here, as well as to the borders, conditions and finiteness of existence vs. a groundless and insecure existence which does not find its hold within and through the world.—Practically speaking we are motivated by the **fun-**

damental question of existence: I exist—*can I be* in this world where I live? Do I have the necessary space, protection and support? When we experience these we feel accepted and this in turn enables us to embrace an accepting attitude toward ourselves.—A deficit can lead to anxiety.

2. *Life*, as well as to the qualities of our being related, shown through the state of emotions vs. a separated and cold form of existence which does not find its value through relationship.—In praxis: We are motivated by the **fundamental question of life:** I am alive—do I *like* this? Do I have access to my emotions? Do I feel my emotions, feel their value? Experiencing the value of *my* life makes me aware that it is good to be alive—“that I am here”.—Deficits can lead to depression.
3. *Being oneself (a person)* - which leads to *authenticity* in our behavior in contrast to loneliness and alienation within existence.—Subjectively we are motivated by the **fundamental question of “self”:** I am myself—but do I feel free to be myself? Am I *allowed* to be who I am? Do I experience attention, justice, appreciation, esteem, respect, my own worth? Do I feel I have the right to be *me*?—Deficits at this level can lead to a histrionic complex of symptoms and to the main personality disorders.
4. The *sense* for our lifelong situational offers and challenges as well as for the contexts we stand within and through which we understand the *meaning* vs. absurdity of life, suffering and death.—In praxis we are motivated by the **question of meaning:** I am here—*for what* purpose? What is present today that may make my life part of a meaningful whole? What do I live for?—A deficit can lead to suicidal tendencies, aggravate addictions and other dependencies.

We are continuously challenged and questioned by the four existential motivations—*world, life, self, context and future (meaning)*. The practice of Existential Analysis relies on *dialogue* as the main therapeutic tool to explore these challenges at the individual level.

Bibliography

1. *Buber M.* Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider. 1973.
2. *Frankl V.E.* Zur geistigen Problematik in der Psychotherapie // Zentralblatt der Psychotherapie. 1938. 10. S. 33–45.
3. *Frankl V.E.* Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke. 1946/1982.
4. *Frankl V.E.* Psychotherapy and Existentialism. Selected papers on Logotherapy. New York: Washington Square Press. 1967.
5. *Frankl V.E.* Man's Search for Meaning. New York. Washington Square Press. 1985.
6. *Jaspers K.* Existenzphilosophie. Berlin: de Gruyter. 1974.
7. *Längle A.* Personal Existential Analysis. In: Psychotherapy East and West. Integration of Psychotherapies. Seoul: Korean Academy of Psychotherapists, 1995. P. 348–364.
8. *Längle A.* (Ed.). Personale Existenzanalyse. Wien: Facultas. 2000.
9. *Scheler M.* Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bern: Franke. 1980.
10. *Yalom I.* Existential Psychotherapy. New York: Basic Books. 1980.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**Макаров В. В., д. м. н., профессор,
заведующий кафедрой психотерапии и сексологии,
Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига,
Саморегулируемая организация ассоциация «Союз психотерапевтов и психологов»,
Российская медицинская академия последипломного образования,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В докладе приводятся главные по мнению автора вызовы эпохи — биологические, психологические, социальные и духовные. Наиболее интенсивное влияние данные вызовы оказывают на граждан с повреждённой психикой. Профессиональная психотерапия видит человека в целом во всей многообразии его биопсихосоциодуховной организации. Именно она может стать системообразующим стержнем для других помогающих специальностей. Развитие психотерапии осуществляется двумя путями. В Европе это — отдельная специальность, перерастающая в профессию, на Американском континенте психотерапией занимаются психологи, социальные работники, меньше — врачи. В России мы идём сразу двумя данными путями. Регуляция психотерапии осуществляется как государством, так и профессиональными сообществами. В нашей стране — государством и саморегулируемыми организациями.

Ключевые слова

Психотерапия, психическое здоровье, био-психо-социо-духовная парадигма понимания человека, регулирование психотерапии.

PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS OF MENTAL HEALTH

**Makarov V. V., MD, Professor, Head of Psychotherapy and Sexology Department,
Professional Psychotherapeutic League of Russia,
Self-regulated Organization
“Union of Psychotherapists and Psychologists”,
Association Russian Medical Academy of Postgraduate Education,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The report focuses on the main challenges of our time according to the author's perspective—biological, psychological, social and spiritual. These challenges exert their most significant impact on people with damaged psyche. Professional psychotherapy sees a human being as a holistic subject in all the diversity of its biopsychosociospiritual setup. Such setup may become core for other helping professions. The development of psychotherapy nowadays goes in two ways. In Europe, psychotherapy is a particular specialty that develops into a profession, while in America there are more psychologists and social workers engaged in psychotherapy, and fewer medical doctors. In Russia we follow both paths. Regulation of psychotherapy is carried out by both the state and professional communities. In our country it is introduced by the state and self-regulated organizations.

Key words

Psychotherapy, mental health, biopsychosociospiritual paradigm of understanding a human being, psychotherapy regulation.

Последние десятилетия характеризуются ростом напряжения вокруг главных эпохальных вызовов — биологических, психологических, социальных и духовных. Полностью разрушилась стабильность и предсказуемость жизни. Единственная стабильная характеристика нашего времени состоит в том, что всё постоянно и непредсказуемо меняется. Отмечается беспрецедентный рост агрессивности среды — инфор-

мационной, психологической, социальной, экономической, экологической и духовной. Качество здоровья каждого следующего поколения, в условиях фактической отмены такого регулятора здоровья популяции как естественный отбор, прогрессивно падает. Разрушается принадлежность людей к полу. Все более стираются гендерные различия. Само зачатие и рождение человека осуществляется различными путями, в

том числе за счет искусственного зачатия и использования суррогатных матерей, в то время как деформирующее влияние такого способа воспроизводства на психику восходящего поколения становится все более явным. Важные медицинские вызовы эпохи представлены доминированием идеологии технического протезирования прогрессивно утрачиваемых компонентов здоровья, с внятной среднесрочной перспективой полной «роботизации» биологической основы человека и надеждой на достижение практического бессмертия без какой-либо попытки критического осмысления цивилизационных последствий таких технологических «прорывов».

Вызовы новейшего времени связаны, так же с ситуацией политического и экономического давления, миграционными процессами, террористическими акциями и угрозами, военными интервенциями и другими постоянно действующими факторами, имеющими место во многих регионах мира.

Приведенный перечень глобальных вызовов эпохи прямо или косвенно касается проблем, связанных с психическим здоровьем человека, и способов их эффективного разрешения с использованием инструмента помогающих и развивающих технологий. Перечисленные и другие вызовы эпохи оказывают интенсивное влияние на граждан с поврежденным психическим здоровьем, членов их семей, их ближайшее окружение.

В настоящее время психотерапия вышла за пределы Европы и Северной Америки и стремительно развивается в Азии, Африке, Австралии и Океании. Психотерапия стала всемирным явлением. Во многих странах она развивается во всех шести моделях: медицинской, психологической, педагогической, социальной, философской и эклектической.

В этих условиях профессиональная психотерапия имеет все возможности для того, чтобы стать системообразующим стержнем для множества помогающих, развивающих и социально стабилизирующих практик, основным ресурсным и технологическим потенциалом таких практик.

Психотерапия вышла за пределы медицины в одних странах, за пределы психологии — в других странах, и представляет собой самостоятельную научно-практическую дисциплину, готовую сотрудничать с психиатрией, психологией, наркологией, неврологией и другими родственными дисциплинами. В отношении определения топологии профессиональной психотерапии в общем ареале науки следует признать факт того, что данная дисциплина на сегодняшний день соответствует всем критериям кодифицированного научного знания, в связи с чем психотерапия может претендовать на статус самостоятельного научно-практического направления; признание за психотерапией статуса самостоятельного научно-практического направления позволит в относительно короткие временные периоды обеспечить искомый импульс в развитии профессии, полноценно реализовать помогающие, развивающие, социально-стабилизирующие функции профессиональной психотерапии, т. е. наиболее эффективным образом ответить на социальный запрос в сфере психического и психологического здоровья.

Возможность функционирования профессиональной психотерапии в идеологии четырехчастной — биопсихо-социо-духовной — парадигмы. Отклонение от психической нормы, психическая патология проявляется во второй, психологической или психической части этой четырехчастной парадигмы. Сама психическая норма сегодня становится многовариантной. А психическая патология часто рассматривается как вариант нормы. Границы нормы расширяются, тогда как патологии — суживаются. Психотерапия, в отличие от родственных помогающих специальностей, таких как психиатрия, наркология, неврология, обладает многими языками для описания как патологии, так и нормы. Более того, работая с человеком, семьей, группой, обществом в целом, многие психотерапевты опираются на здоровую часть личности, расширяя и укрепляя здоровье, тем самым создавая внутрилличностные опоры для устранения патологии.

В практическом плане, в силу всего сказанного, психотерапия уже функционирует как вполне самостоятельная специальность, уровень компетенции специалистов которой зависит от содержания и качества реализации соответствующих программ подготовки. Психотерапевтическим технологиям должны обучаться четыре когорты специалистов, объединяемых по уровням сложности используемых технологий в следующие условно обозначаемые группы: специалист в области малой психотерапии; психолог-консультант; практический психолог; психотерапевт. У каждого специалиста здесь свой уровень компетенции, своё образование, своё повышение квалификации.

Профессиональная психотерапия переживает, возможно, наиболее значительный в смысле определения магистральной линии развития и, при этом, весьма «бурный» в смысле экспансии психотерапевтических практик в другие помогающие профессии.

Регуляция психотерапии в разных странах и на разных континентах выглядит весьма по-разному. В странах Европейского Сообщества психотерапия рассматривается в качестве отдельной специальности и в ряде стран регулируется специальными законодательствами о психотерапии. В других странах Европы регуляция психотерапии осуществляется профессиональными сообществами. В странах Северной и Южной Америки психотерапией занимаются психологи, социальные работники, меньше врачи. Отдельной специальности — психотерапевт — не выделяется. Психотерапия регулируется профессиональными сообществами специалистов, занимающихся психотерапией. У нас в стране государством регулируется только небольшая часть психотерапии — клиническая психотерапия, относящаяся к сфере здравоохранения; большая же часть психотерапии, находящаяся за пределами компетенции каких-либо министерств и ведомств, может и должна регулироваться профильными саморегулируемыми организациями. Государственная регуляция психотерапии сегодня не является эффективной. С одной стороны — сокращается численность ставок врачей-психотерапевтов в учреждениях здравоохранения, с другой — во многом ограничена в

пополнении кадрового ресурса, ведь психотерапевтами могут стать только врачи-психиатры. И далеко не все психиатры желают связать свою карьеру с психотерапией. Кроме того, всё больше увеличивается дефицит самих врачей психиатров. Их ставки в лечебных учреждениях остаются незаполненными.

Знаменательным событием в области регулирования психотерапии в нашей стране явилось учреждение Саморегулируемой организации — Ассоциации развития психотерапевтической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов» (СРО Ассоциация «Союз психотерапевтов и психологов»), государственный реестр саморегулируемых организаций но-

мер 0452 от 01.10.2015, www.spsychotherapy.ru. Теперь профессиональное сообщество получило возможность регулировать все аспекты нашей профессиональной жизни.

Человек с нарушенной психикой особенно нуждается в психиатрической помощи, а также в биологической, социальной и духовной помощи и поддержке. Психотерапевт видит человека целиком, во всем многообразии его проявлений и влиянии на него окружающих факторов. Именно поэтому психотерапевт может вносить свой фундаментальный вклад как в лечение, так и в профилактику и реабилитации психических расстройств.

ОБ ОСНОВНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СОХРАНЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВО ВРЕМЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Макарова Е. В., MSc, психоаналитик, аккредитованный супервизор ППЛ, руководитель комитета ЦС ОППЛ по личной терапии, председатель международной секции Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, председатель молодежной секции Всемирного Совета по психотерапии, Общероссийская Профессиональная Психотерапевтическая Лига, Москва, Российская Федерация

Аннотация

В данной статье представлены основные элементы психотерапевтического образования, такие как, теория, практическая подготовка, прохождение курса личной терапии и работа под супервизией. Автор дискутирует роль супервизии и личной терапии в становлении и практике психотерапевта. В статье освещены основные критерии достижения и сохранения профессионального благополучия у психотерапевтов.

Ключевые слова

Психотерапевтическое образование, супервизия, личная терапия, профессиональное благополучие, психотерапевтическая практика.

THE KEY ELEMENTS OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC EDUCATION AND MAINTENANCE OF THE PROFESSIONAL WELL-BEING DURING THE PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE

Makarova E. V., MSc., Psychoanalyst, Accredited Supervisor by Professional Psychotherapeutic League of Russia (PPL), Head of the Committee for the Training Therapy of PPL, Head of the International Department of the PPL, Chair of the Youth Section of the World Council for Psychotherapy, Professional Psychotherapeutic League of Russia, Moscow, Russian Federation

Abstract

This article presents the key elements of psychotherapeutic education, such as theory, practical training, training therapy and practice under supervision. The author discusses the role of supervision and training therapy in the establishment of psychotherapist and professional psychotherapeutic practice. This article highlights the main criteria for maintaining professional well-being among psychotherapists.

Key words

Psychotherapy training, supervision, training therapy, professional well-being, psychotherapeutic practice.

В представленной статье, говоря о «психотерапевтах» я буду иметь в виду представителей всех профессий, занимающихся психотерапией в широком смысле этого слова в своей профессиональной деятельности.

Что представляет собой психотерапевтическое образование и чему необходимо научиться, чтобы стать психотерапевтом?

Психотерапевтическое образование, в независимости от трактовки психотерапевтической профессии на законодательном уровне или уровне общественных организаций, представляет собой совокупность базовых элементов специфической подготовки специалистов в области психотерапии. Этими элементами являются: теория, практическая подготовка, прохождение курса личной терапии (обучающей психотерапии), а так же самостоятельная психотерапевтическая практика под супервизией.

Общая теоретическая подготовка психотерапевтов включает в себя теорию личности, теорию развития, теорию о появлении болезни или расстройства, теорию психотерапевтической работы и функций частей личности, теорию психопатологии. Психотерапевтическое образование является также практическим образованием. Будущий профессионал наблюдает за работой опытных коллег, изучает литературу, методики практической и научной работы, навыки организации и активизации психотерапевтического процесса. Начинающий психотерапевт с помощью супервизии активно рефлектирует свою психотерапевтическую практику, что способствует осознанной интеграции полученных во время образования навыков и знаний. Эта часть психотерапевтического образования ничем не отличается от любого другого специального образования. Она доступна взрослому человеку независимо от его возраста.

Одним из основных условий удовлетворенности психотерапевта своей работой является реалистичное отношение к выбранной профессии, а так же осознание и проработка личных мотивов и подсознательных фантазий, которые привели к выбору данной профессии. Анализ явных и скрытых мотивов, а так же проработка не реалистичных ожиданий по отношению к профессии происходят во время личной терапии. Личная терапия, так же, как и теоретическая подготовка и обучение навыкам является неотъемлемой частью психотерапевтического образования.

Курс общей (независимой от метода) учебной личной терапии направлен на:

- познание границ и ресурсов собственной личности;
- проработку паттернов поведения;
- формирование восприимчивости к элементам психотерапевтического процесса;
- формирование глубинного понимания психотерапевтических практик;
- решение личных запросов;

- проработку личностных ограничений, влияющих на самостоятельную успешную психотерапевтическую деятельность;
- формирование навыка рефлексии.

Не редко работу руководителя личной терапии или обучающего терапевта по ошибке сравнивают с клинической работой. Работа обучающего психотерапевта, это практика психотерапии, направленная на развитие ресурсов претендента в психотерапевты, требующая специальной подготовки.

Общие стандарты психотерапевтического образования и подготовки руководителей личной терапии имеют большое значение для профессионального сообщества. Они позволяют осуществлять контроль над допуском в профессию, позволяют создать общий высокий уровень профессиональной подготовки, способствуют развитию гомогенного профессионального пространства и сохранению высокого уровня профессионального благополучия среди представителей психотерапевтической профессии.

О значении супервизии, балинтовских групп и профессионального сообщества

Психотерапевту необходим постоянный обмен опыта с коллегами, а также защищенное пространство, в котором он может поделиться своими переживаниями и получить обратную связь. Изолированный профессионал быстро теряет свою эффективность, мотивацию и здоровье. Этим пространством является профессиональная супервизия, личная терапия и балинтовская группа.

Одной из важнейших составляющих благополучной психотерапевтической деятельности является постоянная супервизия. Цель профессиональной супервизии — не только в образовательном аспекте, но и в профилактике синдрома эмоционального выгорания, возможности посмотреть на процессы, происходящие в работе с пациентом, со стороны, отойдя от эмоциональной динамики. Проходя курс супервизии на постоянной основе, психотерапевт повышает свою профессиональную эффективность. Он пользуется не только своими ресурсами и знаниями в работе с пациентом, но и ресурсами и знаниями своего супервизора и коллег из супервизорной группы.

При выборе супервизорной или балинтовской группы специалист приглашается обратить особое внимание на профессиональное образование и аккредитацию ведущего, а также на образование участников группы и доброжелательную, профессиональную и продуктивную атмосферу внутри группы. В современном российском профессиональном пространстве принято считать, что психотерапевт должен находиться в постоянном профессиональном обмене с представителями как медицинской, так и психологической, и других смежных профессий.

Кроме участия в жизни профессионального сообщества, прохождения личной терапии и участие в су-

первизии и балинтовской группе, на сохранение здоровья и благополучие профессионала влияют условия его профессиональной деятельности. Не редко на супервизии выясняется, что причиной обеспокоенности и низкой продуктивности психотерапевта являются:

- не достаточно защищенное рабочее пространство;
- не соблюдение контракта со стороны коллег и работодателя;
- неадекватная оплата труда;
- невозможность регулировать количество рабочих часов, а так же не возможность отказаться от оказания помощи пациенту или клиенту.

Говоря о недостаточно защищённом рабочем пространстве, я имею в виду, как правовую позицию специалиста, так и контрактные отношения с работодателем или собственником помещения. Не редко коллеги, работающие в формате, в котором у них нет фиксированного рабочего пространства, а терапевтический процесс может быть нарушен в любой момент, психотерапевт может испытывать постоянное беспокойство, перерастающее в неуверенность в работе и быструю истощаемость. Так же не ясность в структуре института и не адекватность или полное отсутствие обратной связи со стороны работодателя могут оказать такой же эффект на здоровье и эффективность психотерапевта.

Адекватная оплата труда так же является важным фактором в деятельности представителя помогающей профессии.

Если специалист работает в частной практике и сам назначает размер гонорара за свою работу, ему стоит обратить внимание на некоторые нюансы. Когда у психотерапевта возникает ощущение, что клиент оплачивает его работу слишком дешево, то профессионал тем самым, бессознательно оставляет за собой право работать вопреки.

Или же: в процессе терапии могут возникнуть, в основном, пассивно-агрессивные тенденции со стороны психотерапевта, которые, будучи улавливаемыми пациентом, выплескиваются обратно на психотерапевта, который, в свою очередь, будет не принимать агрессивное поведение пациента, где-то считая, что пациент ведет себя неблагодарно.

Также у психотерапевта с маленьким гонораром меньше мотивации в работе с клиентом, что может приводить к тому, что ему будет легче отказаться от клиента при первом кризисе в процессе психотерапии или же отменять встречи в не очень удобное для себя время. Ставить слишком высокую планку гонорара тоже не стоит, поскольку это также негативно отражается на работе. Во-первых, психотерапевт может испытывать стыд перед клиентом и бессознательно отталкивать его от себя, провоцируя на преждевременное окончание терапии или же, наоборот, не

давать пациенту выздороветь и способствовать развитию симбиотических отношений с профессионалом. Кроме этого, профессионал, как и в случае с недостаточной оплатой своего труда, будет избегать конфронтации, необходимой для прогресса в процессе лечения.

В традициях большинства психотерапевтических школ принято считать, что оплата психотерапии является одним из инструментов психотерапевта для работы с сопротивлениями, а также для мотивации клиента к прогрессу, к освобождению и решению своего запроса.

Во время супервизии не редко коллеги делятся ощущениями, что профессиональная жизнь как будто остановилась, клиенты все одни и те же и интерес к выбранной профессии быстро падает. Психотерапевтам для полноценного развития, сохранения здоровья и благополучия необходим карьерный рост. Таким карьерным ростом может стать расширение своей практики для работы с парами, группами, различными возрастными категориями и так далее, а так же активное участие в жизни и развитии профессионального сообщества и приобретение новых профессиональных статусов, таких, как руководитель направления психотерапевтического консультирования, личный терапевт, супервизор или руководитель балинтовской группы. Написание статей, выступление и участие в профессиональных мероприятиях и средствах массовой информации так же может позитивно влиять на эффективность профессионала и дать новый толчок в развитии.

В нашей профессии важно способствовать ретроспективному анализу развития и поддерживать и давать позитивную обратную связь не только начинающим специалистам, но и опытным профессионалам. Для этого хорошо подходит пространство супервизии и мероприятий по обмену профессионального опыта.

Наличие качественной личной жизни так же является залогом сохранения здоровья и благополучия психотерапевта, а так же профилактикой развития психотерапевтического расстройства личности (ПРЛ).

Подведем итоги. Основными элементами психотерапевтического образования являются: теория, практические навыки, личная терапия и работа под супервизией.

Среди основных критериев достижения и сохранения профессионального благополучия у психотерапевтов можно выделить: удовлетворенность работой, постоянное развитие — ретроспективная оценка, принадлежность к профессиональному сообществу, наличие качественной личной жизни. Поддержанию сохранения благополучия в психотерапевтической профессии способствует постоянная супервизия, прохождение курса личной терапии, а так же участие в жизни профессионального сообщества.

Библиографический список

1. *Greenson Ralph R.* The Technique and Practice of Psychoanalysis Volume I: Technik und Praxis der Psychoanalyse, (практика и теория психоанализа) Klett-Cotta, 1967; 2007.
2. *Erikson Erik H.* Life History and the Historical Moment: Lebensgeschichte und historischer Augenblick. Literatur der Psychoanalyse. Herausgegeben von Alexander Mitscherlich; История жизни и исторический момент. Suhrkamp Verlag. 1977.

3. Kernberg O. Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates; Тридцать методов для подавления творческих способностей кандидатов в психоаналитики // International Journal of Psycho-Analysis. 1996. P. 1031–40.
4. Orlinsky D.E. Reasons for personal therapy given by psychoanalytically-oriented psychotherapists and their effects on personal wellbeing and professional development // Psychoanalytic Psychology, in press. 2014. DOI: 10.1037/a0034587.
5. Rønnestad M.H., Orlinsky D.E., Wiseman H. professional development and personal therapy. Developing the psychologist, vol. V of Norcross et al. (eds.) // Handbook of clinical psychology (APA press). 2014.
6. Milivojević Z. "Psychotherapeutic Personality Disorder" as a Professional Hazard // presentation by the first Eurasian Congress for Psychotherapy, PPL, Moscow. 2013.
7. Макаров В.В., Макарова Г.А., Макарова Е.В. Роль психотерапии, практической психологии и психологического консультирования в развитии современного индивидуума // Профессиональная психотерапевтическая газета. № 1(110), январь 2012.
8. Макарова Е.В. О молодых психотерапевтах // Реферат доклада на первом Всемирном конгрессе русскоязычных психотерапевтов «Языки психотерапии». ОППЛ, Москва, Россия. 2010.
9. Макарова Е.В. Happiness of a young psychoanalyst; Счастье молодого психоаналитика // Всемирный Психоаналитический Конгресс «Политика счастья», материалы I, Киев, Украина. 2012.

THE OTHER SIDE OF REALITY, OR: THE DREAMWORK

**Milovanović M. B., Prim. MD, Psychiatrist, Gestalt Psychotherapist,
Novo mesto Slovenia,
Prijedor Republic of Srpska,
B & H, Europe**

Key words

Understanding dreams, *ahimsa*, awareness.

Abstract

No one can understand someone else's dream because if someone tries, that can only be one's interpretation and not the true meaning of that dream. The only role of the therapist in the therapeutic process is to lead a client towards the awareness and to help him to find his own meaning of the dream. When client comes and says that he or she has some strong fear, it is useful to teach them the new way of thinking and to make him aware of exploring an opportunity to change what the Yoga philosophy explains, on the way of *ahimsa*.

The universal mental activity during sleeping; the royal way into the unconscious or the royal way to the integration; the answers to the unknown questions; a closed letter from the subconscious; the open door for the forbidden wishes; night theatre; a sign that has to be decoded; or a path that is leading to another path? How can we define his majesty — a dream? All those were only some different ways of knowing the dream processes during the centuries by mystics, scientists, anthropologists, artists and philosophers...

If we do not take India *Vedas* as a documented proof (because they had been over centuries saved only in the memories of the narrators and mystics), the first paper documents dedicated to dreams were from the Ancient Egypt. People of that age believed that the human soul had been only released from the body chains during the dream, and that it was diving into the heaven's super-ocean. After awaking, they believed that the human is refreshed, cleaned and rejuvenated.

In Jewish culture, the Talmud reads: "Every dream is as an unread letter." We have a possibility to read it and succeed or not to read it and lose...

Christian tradition is describing dreams as either the God's word or the devil's work. The church synod in

Ankara 314 B.C. had forbidden all clarifying of the dreams. From Tertullian (about 160–225 B.C.) on, the Church representatives accepted only a threefold classification of dreams: all dreams can only be either the dreams from the God or the dreams from the devil or the dreams from the soul. Marin Luther (1483–1546) had described a dream as a devil's working. St. John was teaching that we are not responsible for our dreams, but Martin Luther (1483–1546) thought that only church was responsible for the God's presentation, and that all dreams are diabolic.

In Muslim world, a dream was accepted as the God's inspiration. Mohammad declared that the most of what was written in Qur'an was clarified to him through dreams. Those dreams in Islamic tradition are known as the truth dreams (*tawhida*). "Now Allah has created the dream not only as a means of guidance and instruction, I refer to the dream, but he has made it a window to the Unseen." ... "He, who does not believe in the true dream, does not believe in Allah nor in the Day of Reckoning." — Words of the Prophet Mohammed, Arabia, 7th century A. D.

"The soul in sleep gives proof of its divine nature" (Cicero).

The first step in modern analysis of the dreams had been made by Heraclites (about 500 B. C.). Aristotle also talked about dreaming. Hippocrates (about 460–370 B. C.) claimed that the dreams were predicting sickness.

There are some well-known facts about dreams:

- almost one third of our lives' time we are sleeping;
- most dreams can last something between five and twenty minutes;
- people's dreams can be in color, as well as black and white, even though a common misconception in past times was that people could only dream in black and white;
- people who have been blind from birth still have dreams, but they are formed from their other senses with which they interact with the world—touch, smell, taste, and hearing;
- if someone is snoring, he/she is not dreaming because the muscles that are tensed in order to snore become relaxed during deep sleep;
- negative emotions (particularly anxiety) are more common in dreams than positive ones.
- average human will spend six years of its life dreaming during sleep.

“I can never decide whether my dreams are the result of my thoughts, or my thoughts the result of my dreams.” (D. H. Lawrence, 1885–1930).

The wide closed eyes is a phrase that in some way explains what is really happening during the night to most human beings. We are at the alternate reality, and we are swimming through the dream. Or we are diving...

Dreams became the center of the psychological, medical and writer's explorations at the end of the 19th century, and opened the door to the theory of symbols. The techniques of clarifying someone's dreams were maybe one of the greatest contributions to the science of the second half of the 19th century.

The Dreamwork. One of the basic concepts of Gestalt therapy is that Pearls believed that unresolved conflicts from the past had a great deal of influence upon present behavior, and that these conflicts needed to be “worked through”. “Lose your mind and come to your senses,” suggests Fritz. How aware are we of what we are doing in the present in the dream?

According to Pearls, dreams are the most spontaneous expression of the existence of the human being. All events in a dream represent fragmented and denied parts of the personality.

Dreams are individual messages, and they can be understood only in that way. No one can understand someone else's dream, because if someone tries, that can only be one's interpretation and not the true meaning of that dream. The only role of the therapist in the therapeutic process is to lead the client towards the awareness and to help him find his own meaning of the dream.

A dream is fragmentation of our personality. For example, if I would like to make a triangle from tree woods: if I put parts apart, it will disappear. Our dream fragments are separated.

Life is a mystery to be lived. Starting point in Gestalt therapy is that we are born in perfectly healthy state. Then we learn how to make a mess of our lives. Emotions are healthy if they are coordinated with and in response of real world. Pain is the holding back, whatever the emotion is. If you don't know, try not to pee. Holding back emotion interferes with the self-regulation. Nobody is anxious if he's in the presence. An anxious person has one foot in the future (“*Something bad will happen*”).

Gestalt approach to dream interpretation is that dreams are seen as projections of some parts of oneself. These are often parts that have been ignored, rejected or even suppressed. One aim of gestalt dream “analysis” is to accept and reintegrate these. The dream “analysis” involves a lot of dialogue and a lot of act-outs. That is why the process is the most important in the therapy. The basic methodology is often to explain the dream in here and in now or to be a part of it or to continue the dream (maybe someone does not want?). Sometimes, the work about a dream is just as simple as: “*I would like to work on a short dream, but that dream is not so important to me, ...*” And it is already a work.

“In dreams, the hardest aspect to accept is that every part of the dream is the dreamer: if I am driving along a dream highway, the car, the road, the passing automobiles, the distant mountains, the unseen dread, all are 'me'.” (Downing, 1973, page 7.)

Yoga root in Gestalt therapy. It is important to notice that Fritz Pearls personally said that the strong root of the Gestalt therapy is Yoga. So practicing more elements of Yoga philosophy in Gestalt therapy means only to make that root stronger.

When client comes and says that he/she has a strong fear, it is useful to teach that person not only the relaxation exercises and assertive training, but also to teach him to change the way of living and the way of thinking. To teach him to change all in that way that the Yoga philosophy explains, in the way of *ahimsa*...

Some useful changes are the following.

Guilt does not exist; you are not guilty of anything you did or did not do in your life. With a feeling of guilt you can only *hurt* yourself.

Responsibility is the only one that exists in human life. Everyone has full responsibility for anything that he does or does not do in life.

Every adult human being is 100% responsible but only for own activity and own decisions. Everyone has full responsibility only for everything that one does or does not do in one's life.

Do not judge other people and anything around you. Try only to *be aware* of everything what is happening without judging. If you judge, expect to be judged by others. Be aware that only *God* can judge people.

There is nothing that someone must do except to die. All activities during life are every person's own hands: the person can decide to do or not do something. And everything that is the decision: doing/not doing,

has its own *price*. The only simple task of the person is: to see which price is one willing to pay.

Do not be bounded to other people. If you feel bounded to someone, no matter how close one is to you, you have great possibility of being *harmed*. **Unchain your love from all people, and chain your love to a God.**

Make your own ego as small as possible. Your strong ego leads you only to big troubles, and cannot be useful. The final goal of your life is to destroy your ego.

Help other people as much as you can. At the end of your life, it will be the only thing that matters. Everyone goes from this world in the same way as we

come: with empty hands. All material things that we use in our lives are only *maya*, a delusion.

There are clients who accept the changes during the process and there are ones who do not. But it is very important to be aware that any decision has to be made by the client, and the decision is not the responsibility of the therapist. Everyone's life is the responsibility of each human being by its own. That is why in the Gestalt therapy work, the client and the therapist, both are experts.

All active changes of oneself, together with spreading of the awareness of oneself, are for sure leading each person to more useful and more satisfied life. A life in which one is more aware of here and now.

Bibliography

1. *Clarkson Petruska*. Gestalt counseling in action. Sage Publications, 1989.
2. *Gheselin B.* (Ed.). The creative process. New York: The New American Library, 1955.
3. *Jenkins David*. Dream RePlay, 2005.
4. *Kostić Mladen*. Gestalt therapy manual. Gestalt Center, Beograd, 1997
5. *Kumar Anirudh Satsangi*. Agra: Dayalbagh Educational Institute Dayalbagh, 2013.
6. *Milovanović Miodrag*. I—I relation. WCP, Buenos Aires, 2005.
7. *Perls Fric*. The gestalt approach. Science and Behavior Books, Inc. 1973.
8. *Polstner Irving M. D., Miriam M. D.* Integrated gestalt therapy. Beograd, 1989.
9. *Don Miguel Angel Ruiz*. The four agreements. Belgrade, 2004.
10. *Wilkerson Richard*. Gestalt dreams techniques, 2010.
11. *Windsor Brooke*. Copyrighted © roadtickle.com, 2013.
12. www. — different pages.

РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКАМ — ПУТЬ К ПРЕОДОЛЕНИЮ СТИГМЫ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Мисевич Е. В., врач-психотерапевт, действительный член ОППЛ,
Дорожная клиническая больница на станции Нижний Новгород ОАО «РЖД»,
Нижний Новгород, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается процесс становления психотерапевтической помощи в многопрофильном больничном комплексе ОАО «РЖД». Описываются формы и методы работы врача, направленные на дестигматизацию психиатрической помощи. Приводятся данные об эффективности взаимодействия специалистов в сфере охраны психического здоровья с врачами других специальностей.

Ключевые слова

Производственный стресс, профилактическая психиатрия, модель «встречного движения» в лечении, дестигматизация.

PSYCHOTHERAPY OF RAILWAYS—WAYS TO OVERCOME THE STIGMA OF MENTAL DISORDERS

Misevich E. V., Member of the Professional Psychotherapeutic League,
Road Clinical Hospital at the Nizhny Novgorod station of JSC “Russian Railways”,
NizhnyNovgorod, Russian Federation

Abstract

The article discusses the structure of psychiatric services in the multidisciplinary hospital of JSC “Russian Railways”. It describes different forms and methods aimed at destigmatising mental health care. Moreover, the author provides the data on the effectiveness of the interaction of specialists in the mental health field with other health professionals.

Key words

Job stress, prophylactic psychiatry, “opposing traffic” treatment model, destigmatisation.

Хронический производственный стресс — особое функциональное состояние организма человека, связанное с воздействием, прежде всего, выраженных нервно-эмоциональных нагрузок, которое характеризуется гиперактивацией или угнетением регуляторных физиологических систем организма, развитием состояния напряжения или утомления [4]. По данным А. М. Волкова [5], регулярный транспортный шум приводит к развитию беспокойства и раздражительности (86%), бессонницы (68,3%) и способствует возникновению неврозов (33,4%) у работающих железнодорожников. Согласно данным К. М. Копировского [6], у проводников пассажирских вагонов по возвращении из рейса на 40% сокращается общая продолжительность сна в домашних условиях и на 36% уменьшается представленность наиболее глубоких стадий (дельта-сна), ответственных за восстановление работоспособности и устранение информационных перегрузок. Специалисты настаивают на данных о скорости биологического старения организма проводников: нарастание этой скорости происходит в возрасте от 18 до 27 и от 38 до 42 лет; разница между истинным и должным календарным возрастом в первые 10 лет стажа достигает двух-трех лет, а при стаже работы 16–20 лет — девяти лет [6]. Из-за боязни потерять рабочее место работники вынуждены скрывать состояние своего здоровья [2]. Стигматизация психических расстройств, страх получить клеймо душевнобольного усугубляет состояние не только работников железнодорожного транспорта, испытывающих большие психоэмоциональные нагрузки, но и врачей-специалистов железнодорожной медицины, оказывающих помощь в сфере охраны психического здоровья.

В штатном расписании медучреждений ГЖД имеется 19 ставок специалистов, оказывающих помощь в сфере охраны психического здоровья. Врачи имеют несколько смежных специальностей: врач-психиатр, психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, а также сертифицированы по профпатологии. В задачи специалистов психиатрической службы ГЖД входят важные для охраны психического здоровья железнодорожников функции: профилактическая, клиническая и психообразовательная работа.

А. Профилактическая работа: предварительные и очередные профилактические осмотры поступающих и работающих железнодорожников

Профилактические осмотры позволяют диагностировать начальные признаки психических расстройств и определить в группу риска людей, нуждающихся в коррекции психологического состояния.

Из табл. 1 видно, что количество посещений по поводу заболевания в 2014 г. по сравнению с 2013 г. увеличилось. Этот факт можно связать с ростом информированности врачей общей практики и территориального населения, прикрепленного к поликлинике, об услугах специалиста в области охраны психического здоровья. Увеличилось число пациентов, обратившихся за консультациями в т. ч. с применением врачом-психиатром психотерапевтических и психосоциальных методов лечения. Возросло количество обращений из стационарных отделений ДКБ. В 2015 г. стало возможным разделение услуг психиатра и врача-психотерапевта.

Б. Лечение непсихотических психических расстройств психиатром-психотерапевтом (первичная специализированная помощь в условиях поликлиники, а также сопровождение работников ГЖД в стационарных отделениях соматического профиля).

Рост распространенности психических расстройств можно связать со снижением настороженности врачей-интернистов и пациентов к психиатрической помощи. Это было достигнуто за счет популяризации методов работы специалистов в сфере охраны психического здоровья: регулярных консультаций психиатром других врачей по вопросам ведения пациентов с начальными признаками психических расстройств, проведение лекций на общебольничных конференциях и среди населения. В 2014 г. чаще стали обращаться люди, страдающие депрессиями и паническими атаками. В 2015 г. возросла доля посещений по поводу когнитивных нарушений и органического тревожного расстройства. Увеличилась доля пациентов с соматоформными расстройствами. Для их лечения используются как лекарственные средства, так и психотерапевтические методы.

В. Прием работников ГЖД и членов их семей врачом-психотерапевтом

Таблица 1. Анализ количества посещений кабинета психиатра-психотерапевта в 2013–2015 годах

	2013	2014	2015
Всего посещений	4470	5229	4805
Из них по поводу проф. осмотров	4387	5095	4730
Из них по поводу заболевания	83	170	75 + 54

Таблица 2. Распространенность отдельных классов заболеваний (на 10 000 населения) среди лиц из числа железнодорожников и других категорий граждан, обратившихся в кабинет психиатра поликлиники № 2 «ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО РЖД»

	2013	2014	2015
Всего психических расстройств F00–F99	14	29	26
F40–48 Невротические состояния, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	5	12	11
F30–38 Аффективные расстройства	2	6	4
F06, F07 Органические расстройства	3	4	7

В поликлинике № 2 ДКБ проводятся индивидуальные и групповые психотерапевтические консультации с использованием методов когнитивно-поведенческой психотерапии, арт-терапии, гештальт-терапии, обучение пациентов навыкам релаксации и самогипноза.

2013 г.

90% направлений — от врачей-терапевтов, кардиолога, гастроэнтеролога, невролога поликлиники;

5% — от врачей-неврологов стационара;

5% — от врачей-нейрохирургов стационара.

2014 г.

64% — от врачей-терапевтов, кардиолога, невролога, гастроэнтеролога;

7% — направление от врачей-неврологов стационара;

29% — самостоятельное обращение.

С 1 февраля 2015 г. выделена должность врача-психотерапевта поликлиники № 2 — 0,25 ставки.

57% — от врачей-терапевтов, кардиолога, невролога, гастроэнтеролога поликлиники;

15% — от врачей-неврологов стационара;

2% — от нейрохирургов стационара;

7% — от офтальмологов стационара;

13% — самостоятельное обращение;

6% — направление от сотрудников консультативно-диагностического отделения.

Расширение круга специалистов, направляющих пациентов к психотерапевту, свидетельствует о том, что пациенты с соматическими заболеваниями нуждаются в психологическом сопровождении.

Г. Психологическая работа с врачами-интернистами, железнодорожниками и населением: школы пациентов, взаимодействие со СМИ

Для врачей-терапевтов разрабатываются информационные буклеты в соответствии с Методическими рекомендациями НИИ психиатрии [3] по выявлению субклинических форм психических расстройств, обсуждаются алгоритмы построения беседы с пациентами, предъявляющими множественные сменяющие друг друга жалобы.

С 2014 г. в поликлинике № 2 «ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО РЖД» проводятся занятия Шко-

лы психологической профилактики «Второе дыхание». Родственники пациентов с когнитивными во время занятий Школы получают возможность отреагировать переживания, возникающие у них в процессе жизни с больным, узнать о симптомах психических нарушений позднего возраста, методах лечения и способах организации быта, облегчающих уход за пациентом.

За 3 года было подготовлено более 25 психообразовательных сообщений, которые были опубликованы в печатных изданиях и вышли в эфир на региональном телевидении. На протяжении 2013 г. в газете «Здравствуйте, люди!» (газета Министерства социальной политики и ВОИ) действовала рубрика советов психотерапевта, материалы которой в последующем были выпущены в виде научно-популярной книжки для широкого круга читателей.

В связи с ростом спроса на услуги специалистов в сфере охраны психического здоровья, представляется возможным в ближайшем будущем создание на базе «Дорожной клинической больницы на ст. Нижний Новгород ОАО РЖД» специализированного лечебно-диагностического «Центра психического здоровья и реабилитации». В Центре может быть использована инновационная модель «встречного движения» — междисциплинарный тандем (психиатр-интернист) с распределением функций в зависимости от психопатологической структуры и тяжести психических расстройств [1]. Специалисты Центра — психиатр, нарколог, психотерапевт, психолог, — в тесном контакте с врачами терапевтических специальностей, обеспечат комплексную помощь лицам с психосоматическими расстройствами. Это позволит улучшить дифференциацию заболеваний, будет способствовать сокращению продолжительности лечения. Использование современных средств психофармакотерапии, сочетание их с психотерапевтическим и психосоциальным лечением позволит работникам Горьковской железной дороги восстанавливать утраченное в результате напряженной работы здоровье в короткие сроки, уменьшит риск травм, обусловленных нервно-психическим перенапряжением.

Библиографический список

1. Андрющенко А. В. Организация психиатрической помощи в учреждениях общесоматической сети в рамках интегративной медицины // Психическое здоровье. 2011. № 1. С. 31–41.
2. Бичкаев Я. И., Горохова Л. М., Мартынова Н. А. Влияние производственных факторов на развитие основных заболеваний у различных профессиональных групп железнодорожников // Экология человека. 2008. № 1.
3. Бобров А. Е., Довженко Т. В., Старостина Е. Г. Психиатрическое и медико-психологическое сопровождение деятельности учреждений первичной медицинской помощи. Методические рекомендации // М., Медпрактика-2012.

4. Бухтияров И. В., Матюхин В. В. Физиология труда: теоретические и научно-практические аспекты современности // Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова. 2014. Т. 100. № 10. С. 1118–1129.
5. Волков А. М., Цысарь А. И. Гигиена планирования благоустройства городов. М., 1974. С. 1–3.
6. Копировский К. М., Делекторский Н. В., Кутовой В. С. // Гигиена и санитария. 1998. № 3. С. 18–21.

THE INFLUENCE OF PERCEPTION ON OUR MENTAL HEALTH AND WELL-BEING

Nemeth D. G., PhD, MP, MPAP, CGP

Seeing is one thing. Perceiving is another. For those of us who have the benefit of sight, that does not mean we have the gift of perception. Perception is *insight*. Can we see beyond that which is merely obvious, or do we only wish to see what is obvious? When we look at a homeless person, do we ask, “Why?” or do we merely capture the moment and move on? Perception, a biopsychosocial phenomenon, influences the way in which individuals view themselves, others, and the world around them. Perceptions are secondarily developed as a result of sensory input, such as visual and auditory information, and they reveal underlying notions of reality (Myers, 2007). Similarly, insight is “the faculty involved in grasping the inner character of underlying truth” and, in some cases, is a prerequisite for change (Wolman, 1989, p. 179).

Comfort and distress are the first and foremost feelings one experiences. During the birthing process, a baby moves from a position of comfort in the mother’s womb to a position of distress when entering the world. The sound of a baby’s cry tells the world that he has arrived; yet the infant continues to long for the security of his mother’s womb (Bowlby, 1958). When fed, changed, and swaddled, the baby once again experiences comfort. When this state is interrupted, either naturally or abruptly, the baby experiences distress. As the infant cries in distress, a natural process ensues in the mother—she attempts to reestablish a state of comfort. The infant therefore, gravitates toward states of comfort and attempts to avoid stress and distress (Bowlby, 1958, 1988).

All other feelings are learned. Researchers on emotion perception (Cosmides & Tooby, 2000; Ekman, 1992; Hamilton, 2012) outline how children learn to recognize, label, and share such feelings of happiness, sadness, anger, disgust, embarrassment, anxiety, fear, etc. Understanding and perceiving these emotions allow a child to locomote through the world (Nemeth, Ray & Schexnayder, 2003).

On a more fundamental level, however, people seek comfort and attempt to avoid distress. In a world of chaos, via natural and/or human-induced disasters, is very hard to do. Disaster reigns. Comfort becomes merely a dream or an aspiration. Instead, survival is the goal. This is an evolutionary imperative.

A review of Maslow’s Hierarchy of Needs (Maslow, 1943) points to a hierarchy with the primary level being physiological needs, followed by safety and security. If individuals’ physiological needs (e. g., food, water, cloth-

ing, shelter) and safety and security needs (e. g., occupation, family, social) are not met, it is impossible for higher needs to be met. Furthermore, when individuals are finally able to reach the highest level of being (i. e., self-actualization), it is not uncommon for disaster to strike.

Seeking solutions is a fundamental way of coping with distress. For example, when people face trauma with resilience, they survive and thrive. Walker and Hefner (2010) define resilience as “the positive capacity of people to withstand stressors and cope with trauma” (para. 1). Resilient people have the ability to learn from yesterday, while being grounded in today, so that they can see themselves in the future—so that they can see themselves returning to a state of comfort.

No area in the world is impervious to disaster. Yet, people long for Shangri-La—a place of safety and comfort. All too often, however, they end up facing another form of disaster. Nemeth and Whittington (2012) outline a six-stage recovery process from environmental disaster. Shock, Survival Mode, Assessment of the Basic Needs, Awareness of Loss, Susceptibility to Spin and Fraud, and Resolution. This process takes years, not days or weeks or months, from which to recover.

In regard to recovery, there are resources, internal and external, which often play a role in the determination and extent of one’s recovery. “Dr. Aaron Antonovsky found that people who survive extreme stress have what he terms an inherent *sense of coherence* about the world and themselves” (Kabat-Zinn, 1990, p. 204). According to Dr. Antonovsky, “this sense of coherence is characterized by three components, which he calls *comprehensibility*, *manageability*, and *meaningfulness*. People who have a high sense of coherence have a strong feeling of confidence that they can make sense of their internal and external experience (that is basically *comprehensible*), that they have the resources available to meet and manage the demands they encounter (*manageability*), and that these demands are challenges in which they can find meaning and to which they can commit themselves (*meaningfulness*)” (Kabat-Zinn, 1990, p. 204).

Another internal resource is one’s thought pattern and outlook on life. “Dr. Martin Seligman and his colleagues have shown that people who have a highly pessimistic attributional style are at significantly higher risk for becoming depressed when they encounter a bad event than are people who have the optimistic way of thinking. Pessimists are also more likely to come down with physical symptoms and show hormonal and immune-system

changes characteristic of increased susceptibility to disease following a bad event than are optimists” (Kabat-Zinn, 1990, p. 200). “One thought pattern that appears to be extremely powerful for improving health status is what is called *self-efficacy*. Self-efficacy is a belief in your ability to exercise control over specific events in your life. It reflects confidence in your ability to actually do things, a belief in your ability to make things happen, even when you might have to face new, unpredictable, and stressful occurrences.” (Kabat-Zinn, 1990, p. 201).

Remember, it is fundamental for people to seek comfort and avoid distress. “The transactional view of psychological stress also implies that you can be more resistant to stress if you build up your resources and enhance your physical and psychological well-being in general (via exercise and meditation, for example) during times when you are not particularly taxed or overwhelmed. The word resources really means that combination of inner and outer supports and strengths that helps us to cope with a changing field of experiences. Support from family members, friends, and membership in groups that you care about are examples of external resources that could help buffer your experiences of stress. Inner resources might include your beliefs about your ability to handle adversity, your view of yourself as a person, your views on change, your religious beliefs, and your levels of stress

hardiness, sense of coherence, and affiliative trust” (Kabat-Zinn, 1990, p. 240). All of these different resources and chunks of our life influence how we handle adversity.

Understanding our past, while living in the present, will prepare us for the future. Just like the past, kit will be a future filled with joy and sorrow, good times and bad times, great discoveries and great setbacks. It is all about the yin and the yang, the positive and the negative, complementary forces or principles (Guralnik, 1984). We must not be so afraid of risk-taking that we avoid developing an awareness of the problem and dismiss opportunities to formulate solutions.

Remaining positive and working to create a “vision of the bright future that we are already working for” (Garrison Institute, 2013b, p. 4) is fundamentally crucial to effecting meaningful change.

In conclusion, perception requires insight. Insight involves correctly seeing what is before us. We have the facts. But do we wish to perceive them? Perhaps we merely wish to see, but not see, what is before us. Perception requires responsibility. Responsibility requires action. Action takes time. Do we really want to devote the intellectual, emotional, and behavioral effort required to join with our neighbors to address the issues involved in climate change? Or do we merely wish to seek comfort and remain in the isolation of the present?

Bibliography

1. Bowlby J. The Nature of the Child's Tie to His Mother // *International Journal of Psychoanalysis*. 1958. 39. P. 350–371.
2. Cosmides L., Tooby J. *Evolutionary Psychology: A Primer*. 1997.—<http://www.cep.ucsb.edu/primer.html>
3. Ekman P. Are There Basic Emotions? // *Psychological Review*. 1992. Vol. 99(3). P. 550–553.
4. Hamilton J. Development of Emotional Processing Norms in Children and Adolescents for the Comprehensive Affect Testing System (CATS). 2012.
5. Hamilton J., Froming K. B., Nemeth D. G., Steger A. P. The Developmental Relationship Between Children's Emotional Perception and Intellectual Skills. 2012.
6. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY: Delacorte Press. 1990.
7. Maslow A. *A Theory of Human Motivation*. *Psychological Review*. 1943. Vol. 50. P. 370–396.
8. Nemeth D., Hamilton R., Kuriansky J. *Ecopsychology: Advances from the Intersection of Psychology and Environment Protection*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO. 2015.
9. Nemeth D., Hamilton R., Kuriansky J. *Living In an Environmentally Traumatized World*. Santa Barbara, CA: Praeger Publishing. 2012.
10. Nemeth D., Ray K., Schexnayder M. *Helping Your Angry Child*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. 2003.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ И СОВРЕМЕННАЯ ПОЛИМОДАЛЬНАЯ СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Панюкова И. А., к. м. н.,

Российская медицинская академия последипломного образования,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

За предыдущие 25–30 лет в системе партнерских и брачных отношений произошли значительные изменения, которые необходимо учитывать в супружеской терапии. Полимодальный подход к партнерским дисгармониям позволяет создать адаптивную и комфортную уникальную форму брака, сохраняющую традиционные гуманистические (уважение, любовь, поддержка, верность) и современные ценности и функции брака, актуальные для данной пары, развивающуюся в соответствии с меняющимися здоровыми потребностями.

Ключевые слова

Брак, духовные ценности брака, современная полимодальная супружеская терапия.

CHANGES IN MARITAL RELATIONS SYSTEM AND MODERN MULTIMODAL MARITAL THERAPY

**Panyukova I. A., PhD (Medicine),
Russian Medical Academy of Postgraduate Education,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

Over the past 25–30 years in the system of partnerships and marriage relations has seen significant changes which have to be considered in couples therapy. Multimodal approach to partnership disharmony creates an adaptive, comfortable and unique form of marriage which fosters traditional humanistic (respect, love, support, loyalty) and modern values of marriage, as well as the functions that are specific to a given couple, evolving to meet the changing health needs.

Key words

Marriage, spiritual values of marriage, modern multimodal marital therapy.

Институт брака предположительно появился около 4 тыс. лет назад. Наряду с государством, он принадлежит к числу самых стабильных социальных институтов. Функции и формы брака и семьи исторически эволюционируют вместе с обществом и человеком, отражают связь человека и общества, семьи и общества. На протяжении многих веков основной системообразующей функцией брака была производственно-хозяйственная, финансовая, репродуктивная. В настоящее время возросло объединяющее значение духовной, психотерапевтической и сексуально-рекреативной функции брака. Изменения в системе партнерских и брачных отношений необходимо учитывать в терапии пар, целью которой является гармонизация и повышение качества отношений.

Раньше брачный цикл представлял определенную последовательность стадий: знакомство — ухаживание — знакомство с родителями — предложение руки и сердца или помолвка — предсвадебный период — свадьба — послесвадебный период («медовый месяц»). Для каждой стадии предполагался определенный срок. Стадии были наполнены определенными ритуалами и обычаями, которые способствовали узнаванию друг друга, постепенной адаптации к новой роли, были испытанием на серьезность намерений и готовность к ответственности, укрепляли молодых людей в принятых решениях. Так, после помолвки молодые люди становились ответственными друг за друга, а разрыв помолвки считался бесчестным поступком, сопровождался общественным порицанием. Ритуалы и обычаи отличались по форме у разных народов и в разных социальных группах, но все они были наполнены духовным и мистическим содержанием (брак является одним из семи таинств), обладали объединяющим действием.

Большинство людей могли прожить «брачный цикл» 1–2 раза в жизни в определенном возрасте, и это наполняло каждое событие ощущением уникальности и неповторимости.

Сейчас стадии брачного цикла нередко меняются местами (например, молодые люди после знакомства начинают жить вместе, практически минуя период ухаживаний), отдельные стадии выпадают вовсе или теряют свою значимость. Например, знакомство с родителями, которое раньше было серьезным и ответственным моментом для обеих сторон, сейчас может быть формальным эпизодом.

Раньше существовали определенные правила, касающиеся как самих стадий, так и перехода к следующим. Сейчас эти правила претерпели значительные изменения. Возникают новые «стандарты» — как сделать предложение, как отпраздновать свадьбу, каким должно быть свадебное путешествие. За этими «стандартами» часто теряется духовное содержание происходящего.

Для пар, живущих вместе без регистрации отношений, часто характерно несимметричное восприятие ситуации: женщина считает себя замужней, или рассматривает совместное проживание как преамбулу к браку, а мужчина считает себя свободным и не связанным обязательствами. Из-за выпадения стадии «Предложение руки и сердца» у женщины создается ощущение незавершенности, эмоционального напряжения, ощущения дискомфорта и упущенных возможностей, предпринимаются усилия для восстановления «логики процесса», часто они носят манипулятивный характер, поэтому не приносят удовлетворения даже при достижении цели.

К тому же «брачный цикл» или отдельные его стадии можно сейчас проживать практически неограниченное количество раз с одним и тем же или разными партнерами, что также лишает отношения уникальности, ощущения неповторимости и значимости.

Изменилась и скорость процесса, сроки проживания стадий. Срок от знакомства до первой интимной близости сократился в 3–4 раза за предыдущие 30 лет. Мы живем в «быстром мире», и возрастаю-

щие скорости ускоряют процесс отношений. Большую роль в этом играют современные гаджеты. Когда люди общались с помощью писем (как родители нынешних молодых людей), то от «сообщения» до «сообщения» проходило как минимум 1–2 недели. Попробуйте представить реакцию 20-летней москвички, которая получит ответ на свою смс парню «Ты где?» через неделю.

В условиях изменившейся «скорости процесса» общая система духовных ценностей и целей просто не успевает сформироваться.

Благодаря современным технологиям, стадии протекают в принципиально новых условиях, складывается новая этика отношений. Поколение, активное в отношении создания пар, выросло в ситуации практически неограниченного выбора и легкости установления контактов с помощью социальных сетей и мобильных приложений. Пару можно найти в течение 10 минут, не выходя из дома или автомобиля, воспользовавшись приложением с множеством фильтров (цвет глаз, размер груди, район проживания, цели и пр.) без риска отказа.

Стало возможным признаваться в любви и расставаться с помощью гаджетов, поскольку такой вариант позволяет избежать негативных эмоций. Электронная почта, Viber и смс стали средством для многочасового выяснения отношений.

Благодаря современной технике стало возможно находить партнеров за тысячи километров. Люди, у которых еще 30 лет назад не было бы шансов на знакомство из-за физической удаленности, сейчас знакомятся и вступают в интернациональные браки. Средства связи помогают поддерживать отношения при отъезде на длительный срок. И очень важно правильно использовать ресурсы современных технологий в терапии.

Знакомых у нынешних молодых людей в десятки и сотни раз больше, чем 20–30 лет назад. Несмотря на виртуальность «друзей», их мнение важно. Происходит постоянное сравнение себя с огромным количеством людей, соревнование и соперничество. Документальным свидетельством жизненных событий становятся фотографии, щедро размещаемые в Интернете. Фотография события часто становится важнее, чем само событие. А ценность события измеряется количеством «лайков». Возникает зависимость от постоянного сравнения своей жизни с «отфотошопленной» жизнью других людей, светских персонажей, «звезд» и эстрадных певцов. А смыслом личной жизни становится поиск «идеальных отношений» с «идеальным» партнером».

Стремление к гипергедонизму и установка «раньше вещи берегли и чинили, а теперь выбрасывают и покупают новые» приводит к тому, что молодым людям проще поменять партнера или партнершу, чем решать возникающие проблемы. Как только отношения перестают быть местом отдыха, комфорта и восстановления сил (например, после рождения ребенка), они становятся тягостными. А призывы «работать над отношениями» превращают отношения еще в одно место работы. При этом в долгосрочных отношениях

«работы» и ответственности больше, чем отдыха и удовольствий. А в краткосрочных — наоборот, что делает их более привлекательными.

Поколение, которому сейчас от 25 до 35 лет, репродуктивно ценное и активное в отношении создания пар, родилось в 1980–1990 годах прошлого века. То есть половое воспитание и представление об отношениях мужчин и женщин оно получило в основном в условиях традиционной семьи. Для традиционной семьи характерны четкие предписания в отношении мужественности и женственности, мужских и женских ролей, обязанностей и функций в браке. В условиях современной жизни со значительно расширившимися представлениями о «мужских» и «женских» возможностях эти традиционные модели при всей их духовной ценности и полезности не могут быть реализованы в прежней форме.

Сейчас часто говорят о противоречиях моделей брака — традиционного и современного (партнерского). И трудности в отношениях объясняют именно несоответствием представлений партнеров, разницей в моделях традиционного и партнерского браков. В действительности никакого глобального противоречия между этими формами нет, потому что духовные ценности — вневременное понятие. И духовные ценности — любовь, верность, уважение, взаимопомощь и поддержка, способность к принятию — одинаковы и в традиционном, и в партнерском браке.

Традиционный и современный брак могут отличаться по форме (жить в одном доме или в разных странах, вести общее хозяйство или нет, зарабатывает муж или работают оба, кто занимается домашним хозяйством и уходом за детьми, проводить отпуск вместе или раздельно), но не по духовной сути.

А хаотичный, напряженный и бесплодный поиск формы отношений, которая бы решила все проблемы и устроила бы обеих партнеров, возникает там, где нет общих духовных ценностей и здоровых общих целей, то есть там, где формой пытаются подменить содержание. Если же эта система сформирована, то сразу снижается уровень стресса, облегчается адаптация во всех сферах отношений. Поэтому формирование системы духовных ценностей и общих духовных целей необходимо включать в терапию пар. Полиmodalный подход к партнерским дисгармониям позволяет создать жизнеспособную, гибкую, развивающуюся и комфортную уникальную форму брака, которая сохраняет традиционные гуманистические (уважение, любовь, взаимопомощь, верность) и современные ценности и функции брака, актуальные для данной пары, и развивается в соответствии с меняющимися потребностями участников отношений. С учетом возраста формирования моделей партнерских отношений (дошкольный-младший школьный возраст) особенно актуальны индивидуальные, партнерские и групповые психотерапевтические методики, позволяющие осуществить управляемый регресс к ресурсному и гиперпластичному возрасту допубертата: медитативные, гипнотические и аутогипнотические, практика переключения-сосредоточения-погружения «Океан».

ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХИЧЕТКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В XXI ВЕКЕ

Положая З. Б., к. м. н.,
Общероссийская Профессиональная Психотерапевтическая Лига,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Духовно ориентированная психотерапия (ДОП) — это область психотерапии, рассматривающая человека в рамках четырехчастной биопсихосоциодуховной парадигмы и ориентированная на духовную составляющую, как на главную и интегрирующую все остальные. Целью ДОП является формирование человека как целостной духовной личности, гармонично существующей на всех уровнях бытия. Миссией ДОП является укрепление психического здоровья за счет достижения духовного роста и личностного самосовершенствования человека.

Ключевые слова

Духовно ориентированная психотерапия, психотерапия, психопрофилактика, психическое здоровье, духовность, духовный рост, личностное самосовершенствование, развитие, биопсихосоциодуховная парадигма.

SPIRITUALLY ORIENTED PSYCHOTHERAPY AND PSYCHIC HEALTH OF HUMANS IN THE XXI CENTURY

Polozhaya Z. B., PhD (Medicine),
Russian League of Professional Psychotherapists,
Moscow, Russian Federation

Abstract

Spiritually oriented psychotherapy (SOP)—is the field of psychotherapy that looks at a human being on the basis of the four-part biopsychosociospiritual paradigm. It is centered around the spiritual component as the main part integrating the other three. The aim of SOP is to help a human form a spiritually whole self existing in harmony at all levels of being. The mission of SOP is strengthening mental health by means of spiritual growth and personal self-improvement.

Key words

Spiritually oriented psychotherapy, psychotherapy, psychoprophylaxis, mental health, spirituality, spiritual growth, personal self-improvement, development, biopsychosociospiritual paradigm.

В настоящее время в науках о человеке происходит смена парадигмы. Трехчастная биопсихосоциальная модель уходит в историю, уступая место четырехчастной биопсихосоциодуховной модели человека. Это обусловлено тем, что духовный компонент признан неотъемлемой составляющей бытия человека. Кроме того, он является необходимым условием гармоничного развития и психического здоровья современных людей.

Что нами понимается под духовной составляющей? Существуют различные определения духовности. Так, в гуманитарных науках «духовностью» называют объединяющие начала общества, выражаемые в виде моральных ценностей, сконцентрированные, как правило, в религиозных учениях и художественных образах искусства. В психологии духовность рассматривается как высший уровень развития и саморегуляции зрелой личности, когда основными ориентирами ее жизнедеятельности становятся непреходящие человеческие ценности.

Духовно ориентированный подход в психотерапию впервые ввел выдающийся швейцарский психиатр К. Г. Юнг [7]. Он выделил понятие «архетипа духа» и описал его роль в развитии личности. Юнг считал, что, только та жизнь, которая одухотворена, является подлинно ценной. Ученый называл жизнь критерием истины духа и утверждал, что именно дух наполняет жизнь смыслом и возможностью величайшего расцвета. Еще один ученик З. Фрейда, итальянский психиатр и психотерапевт Р. Ассаджиоли [1], основатель теории «Психосинтеза», разработал концепцию духовного саморазвития человека. По его мнению, духовное развитие включает в себя самопознание, пробуждение потенциальных возможностей, трансформацию элементов личности и раскрытие новых внутренних измерений в виде духовного роста. Он употреблял термин «духовный» по отношению к таким ценностям, как этические, эстетические, героические, гуманистические, альтруистические. В дальнейшем большое внимание духовности уделялось в гумани-

стической психологии. По убеждению одного из ее основателей, американского психолога и психотерапевта А. Маслоу [4], духовность связана с высшими духовными бытийными ценностями и пиковыми переживаниями, такими как: самоактуализация личности, творчество, любовь, свобода, ответственность, межличностное общение. Выдающийся австрийский ученый, психиатр и психотерапевт В. Франкл [6] придавал духовности особое значение. По его мнению, она является базовым «экзистенциалом» человеческого бытия, высшим измерением человека. В своей работе «Духовность, свобода и ответственность» он утверждал, что человек — это больше, чем психика, что человек — это дух.

Если обратиться к России, то еще в конце XIX века, выдающийся психиатр, невролог, и физиолог В. М. Бехтерев [2] указывал, что низкая духовность, ведет к упадку личности, а в конечном итоге к болезни. В начале XX века профессор А. И. Яроцкий [8] создал аретерапию (от греческого arete — добродетель). Этим термином он обозначил вид психотерапии, направленный на переформирование личности больного с помощью духовно-эстетических воздействий и стремления к высшим идеалам. Известный психиатр Д. Е. Мелехов [5] рассматривал вопрос соотношения духовной, душевной и биологической сущностей человека в своем труде «Психиатрия и проблемы духовной жизни».

К сожалению, несмотря на хорошие предпосылки развития духовно ориентированного направления в нашей стране, начиная с 30-х годов прошлого века оно было свернуто по идеологическим соображениям. Только в последние годы в отечественной психотерапии вновь возродился интерес к теме духовности. Так, в работах профессора В. В. Макарова [3] «духовное» исследуется и определяется, как аспект ментального, выходящий за пределы психологического.

Задаче использования целительной силы духовности для укрепления психического здоровья человека посвящено развиваемое нами новое направление — духовно ориентированная психотерапия.

Согласно нашему определению, духовно ориентированная психотерапия — это область психотерапии, рассматривающая человека в рамках четырехчастной биопсихосоциодуховной парадигмы и ориентированная на духовную составляющую, как на главную и интегрирующую все остальные.

Содержанием духовно ориентированного подхода является специфическая эффективная форма воздействия на внутренний мир человека в целях обеспечения и сохранения его общего, психического и духовного благополучия.

Важнейшей целью духовно ориентированной психотерапии является формирование человека как целостной духовной личности, гармонично существующей на всех уровнях бытия.

Миссией и главной задачей духовно ориентированной психотерапии, ее приоритетом в сравнении с другими видами психотерапии, является укрепление психического здоровья за счет достижения духовного роста и личностного самосовершенствования челове-

ка. Дополнительно к этому, духовно ориентированная психотерапия решает также задачи по терапии и профилактики психических расстройств.

В качестве примеров практического применения духовно ориентированной психотерапии, можно привести ряд разработанных нами программ. Одной из них является комплексная программа духовного и личностного роста «Сотвори себя». Программа включает в себя 3 этапа, в рамках которых участники обогащают свой духовный капитал, учатся синтезировать полученную информацию и начинают создавать собственные духовные ценности. Первый этап направлен на повышение уровня культуры, являющейся концентратом духовности, накопленным человечеством. Для этого используются разнообразные направления искусства: литература, музыка, изобразительное искусство, кино, театр, фото. Накопив достаточное количество духовного материала, человек переходит ко второму этапу — синтезу. На этом этапе он получает психотерапевтическую помощь, осваивая различные техники и методы, с помощью которых он синтезирует из полученных культурных ценностей свою собственную духовность. На третьем этапе человек учится творить и делиться своей духовностью, передавая ее людям в виде культурных объектов и духовных действий. В результате проведенной работы человек в полном смысле слова «сотворяет себя» из лучшего духовного материала, которое накопило человечество. Под руководством психотерапевта, он перерабатывает этот материал и создает свой собственный духовный продукт. Этот процесс приводит к повышению духовного уровня и личностному совершенствованию, что укрепляет психическое здоровье и обеспечивает гармоничное существование человека. Данная программа признана сертификационной и включена в учебный план ОППЛ.

Нами разработан также ряд духовно ориентированных программ для детей, имеющих, как профилактическое, так и терапевтическое значение. Так, программа «От сердца к сердцу» является комплексной методикой духовного развития детей путем формирования индивидуальной позитивной, духовной, творческой и созидательной позиции, в рамках интегрированной модели мира, наполненной духовными ценностями и связанной с общим культурным ресурсом человечества. В программе представлен комплексный духовно ориентированный подход, объединяющий 9 направлений развития детей: музейное, художественное, литературное, музыкальное, театральное, профориентационное, выставочное, туристическое, благотворительное, а также духовно ориентированные техники психотерапии. Программа проходит на базе ГМИИ им. А. С. Пушкина. Данная программа имеет авторское свидетельство.

Духовно ориентированный подход используется также в программе «Подари Радость!», проходящей на базе ГМИИ им. А. С. Пушкина и Морозовской ДГКБ. Ее главной задачей является помощь детям, пережившим сложные жизненные ситуации, и, в первую очередь детям, находящимся в больницах. Участники проекта: дети, их родители, педагоги и пси-

хотерапевты используют для помощи страдающим детям духовную силу искусства. В этих целях организуются комплексные занятия, объединяющие духовно ориентированные психотерапевтические техники и творческий подход. Кроме описанных и уже внедренных в практику программ, целый ряд методик находится в состоянии разработки.

Резюмируя, можно заключить, что духовно-ориентированная психотерапия представляет собой самостоятельное направление психотерапевтической науки и практики. Оно нуждается в дальнейшем осмыслении теоретического базиса, совершенствовании методологии и инструментария, а также подготовке новых обучающих программ для специалистов, терапевтиче-

ских программ для пациентов, профилактических программ для клиентов, а также развивающих программ для здоровых людей, направленных на их личностное совершенствование и духовный рост.

Современная психотерапия, находящаяся на этапе активного развития, рассматривает человека многомерно и стремится найти подходы к каждому его уровню. В этом процессе духовно ориентированная психотерапия играет важнейшую роль, позволяя задействовать один из самых ресурсных уровней — духовный. Это позволяет решать важнейшие задачи по укреплению психического здоровья человека в XXI веке, что будет способствовать прогрессу всего общества в целом.

Библиографический список

1. *Ассаджоли Р.* Психосинтез: теория и практика. От душевного кризиса к высшему «я». М.: REFL-book, 1994.
2. *Бехтерев В. М.* Избранные труды по психологии личности. М.—СПб: Алетейя, 1999.
3. *Макаров В. В., Макарова Г. А.* Экспедиции души: психотерапия, духовность. М.: Академ. Проект, 2012.
4. *Маслоу А.* Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл, Альпина нон-фикшн, 2011.
5. *Мелехов Д. Е.* Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни // Сборник памяти профессора Д. Е. Мелехова. М.: Свято-Филаретовский православно-христианский институт, 2011.
6. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
7. *Юнг К. Г.* Дух и жизнь. Проблемы души нашего времени: сб. ст. М.: Прогресс; «Универс», 1993.
8. *Яроцкий А. И.* Альтруистическая мораль и ее индивидуалистическое обоснование. М., 1914.

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ

Соловьева С. Л., д. псих. н., профессор,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье обосновывается необходимость психологической помощи каждому человеку в период его повышенной уязвимости под воздействием эмоциональных стрессов, психических травм, возрастных кризисов. В качестве основного вида такой помощи предлагается вмешательство на уровне текущего психического состояния, связанное с нормализацией основных «эмоционально-негативных» переживаний тревоги, депрессии и враждебности с ориентацией на индивидуальную норму.

Ключевые слова

Здоровье, психотерапия, психическое состояние, тревога, депрессия, враждебность.

PSYCHOTHERAPY FOR HEALTHY PEOPLE

Solovieva S. L., PhD (Psychology), Professor,
I. I. Mechnikov Northwest State Medical University,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The paper provides a scientific rationale for necessity of psychological counselling for each person in time of the person's higher vulnerability to an influence of emotional stresses, psychic traumas and age crises. Intervention at a current mental state level is proposed as a main type of support. It relates to the normalization of the major emotionally negative feelings, anxiety, depression and hostility focusing on a individual norm.

Key words

Health, psychotherapy, mental state, anxiety, depression, hostility.

В соответствии с современными представлениями, здоровье рассматривается как состояние полного физического, психологического и социального благополучия — оптимальная предпосылка самоосуществления человека. Однако о полном благополучии трудно говорить, когда мы имеем дело с реальностью: социальная среда предъявляет разнообразные, не всегда согласующиеся друг с другом требования, которые могут превышать ресурсы личности, ее систему психической адаптации [1].

Внутриличностные факторы также провоцируют психологический дискомфорт. Поведение человека, как правило, полимотивировано: одновременно могут сосуществовать разнонаправленные тенденции, для реализации которых требуются разные формы поведения. Например, одновременно могут существовать желание поесть, согреться, пообщаться с собеседником и прочитать сообщение по электронной почте. На практике мы живем в мире неопределенности, делая выбор в условиях дефицита времени и информации, что предполагает определенную степень напряжения, как психологического, так и физиологического. В реальности побеждает тенденция, обладающая наибольшей мотивирующей силой, для реализации которой в актуальной ситуации есть соответствующие условия, в то время как остальные тенденции остаются неудовлетворенными. Хроническая неудовлетворенность сопровождает человека в течение всей его жизни, что является как источником развития и личностного роста, так и почвой для формирования разнообразной пограничной нервно-психической патологии [2].

По данным ВОЗ, отмечаются и общие тенденции в изменениях здоровья населения планеты в виде астенизации и психопатизации. По сообщениям Минздрава, каждый россиянин к 50 годам — носитель как минимум трех хронических соматических заболеваний, к которым присоединяются невротические проявления, неизбежные в мегаполисах. Отмечается наличие экологических, социальных, политических, идеологических проблем, вносящих свой вклад в психический и психосоматический статус современного человека.

Потенциально травматичная социальная реальность воспринимается особенно остро в периоды возрастных кризисов, когда на фоне физиологической нестабильности, гормональных перестроек организма наблюдается повышенная эмоциональная уязвимость личности.

Психическая реальность каждого человека предполагает и наличие собственной динамики, связанной с переработкой травматического опыта, интеграцией его в картину мира, с внутриличностными переживаниями всплывающих в сознании психологических травм, некритично усвоенных сценариев поведения, социальных предписаний, ограничений, запретов, аффективно заряженных образов, впечатлений и воспоминаний. Вся эта психическая реальность, в разной

степени структурированная и интегрированная, сталкиваясь с различными социальными требованиями, регулярно продуцирует дискомфорт, нарушения самочувствия и саморегуляции, когда человек начинает использовать для сохранения душевного равновесия внешние ресурсы: алкоголь, лекарственные препараты и аддиктивные реализации в поведении.

В отношении каждого из нас существуют ситуации и периоды повышенной уязвимости, когда мы нуждаемся в профессиональной психологической помощи, обозначаемой обычно понятием «психотерапия». Принципы безусловного принятия, основанные на уважении человеческой природы и признании уникальности каждой личности, диктуют отказ от попыток каким-либо образом эту личность изменить. Психотерапия для здорового человека предполагает возможность психологической интервенции на уровне психического состояния. Основной целью такой психотерапии является помощь в создании ресурсного состояния клиента, в котором он сам в состоянии принимать решения и брать на себя ответственность за их последствия. Приоритетом по умолчанию является идентичность, что явно не формулируется и не достигается, но выступает ориентиром, определяющим направление изменений. Состояние клиента, чтобы быть ресурсным, формируется на основе его индивидуальной нормы в отношении основных параметров психического состояния [4].

Психологическое вмешательство осуществляется в виде предоставления информации, обеспечения эмоциональной поддержки, обучения эффективным навыкам социального взаимодействия. Затруднения здорового человека в психологически сложной ситуации отражаются прежде всего в переживании тревоги как естественной реакции на неопределенность с дефицитом времени и информации. Тревога вовлекает целый комплекс переживаний, среди которых наиболее травматичными являются депрессивная безнадежность и разрушительная враждебность; эмоциональное напряжение может приводить к дезорганизации интеллектуальной деятельности.

В современной литературе вводится понятие «негативной аффективности», или склонности испытывать отрицательные эмоции и создавать негативную «Я-концепцию», которая включает в себя три ключевых эмоционально-негативных переживания — тревогу, депрессию и враждебность [3]. Эти переживания отмечаются как наиболее частые при социально-психологической дезадаптации личности вследствие болезни или под воздействием эмоционального стресса, кризиса, конфликта. Взаимосвязанность всех трех составляющих негативной аффективности обусловлена сходством физиологического обеспечения с определенным соотношением серотонина, норадреналина, кортизола и ацетилхолина [5]. На психологическом уровне все три компонента характеризуются сходными последствиями: снижением самооценки,

неустойчивостью уровня притязаний и локуса контроля; на социально-психологическом уровне функционирования — снижением эффективности межличностного взаимодействия с повышенной зависимостью от мнения окружающих, с внутрличностными и межличностными конфликтами. Люди с высокой негативной аффективностью чаще испытывают дистресс, дискомфорт и неудовлетворенность; они в большей степени фиксируются на своих неудачах и недостатках, а также чаще обращают внимание на негативные стороны мира и поэтому относятся к себе хуже и меньше удовлетворены собой и жизнью в целом [6].

Психологическое воздействие на здорового человека в состоянии, квалифицируемым специалистами по психическому здоровью как «пограничное» или даже «патологическое», адресовано прежде всего переживаниям тревоги, депрессии, враждебности. Нивелирование этих эмоций влечет за собой снижение дискомфорта, избавляя от напряжения и аффективной дезорганизации психической деятельности. На фоне нормализации состояния актуализируются адаптивные и компенсаторные возможности, психологические резервы и ресурсы, которые позволяют принимать адекватные решения, делать выбор, реализовывать эффективные социальные навыки и модели поведе-

ния. Нормализация психического статуса конкретного клиента предполагает ориентацию на его индивидуальные нормы [4], а не на идеологические или статистические нормы, характерные для большинства людей. В среднем диапазоне значений индивидуальной нормы компоненты комплекса негативной аффективности приобретают адаптивное значение: тревога квалифицируется как адаптивная чувствительность к опасности; депрессия выражается в реализме с активизацией интеллектуальных процессов; агрессивность обеспечивает самосохранение личности.

В частности, нормализация состояния достигается переформулированием симптома в ресурс. Так, тревога интерпретируется, в соответствии с представлениями Селье, как необходимый этап адаптации, позволяющий активизировать возможности личности для преодоления трудностей, и в этом своем адаптивном значении она может быть принята клиентом. Возможность принять собственные эмоции избавляет человека от страха перед ними, а также от чувства вины за них, поскольку современная европейская ментальность склонна интерпретировать переживания как проявления слабости и личностной незрелости, а высокий контроль и умение скрывать чувства — как признак цивилизованности и культуры.

Библиографический список

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000. 496 с.
2. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1.
3. Брайт Дж., Джонс Ф. Стресс: Теории, исследования, мифы. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 352 с.
4. Соловьева С. Л., Николаев В. И. Эмоциональный баланс как критерий индивидуальной нормы реакции // Психосоматическая медицина 2008: Сборник материалов. 111 международный конгресс. СПб.: Человек, 2008. С. 79–80.
5. Van Praag Herman M. Взаимосвязь депрессии, агрессии и тревожных расстройств: биологическая гипотеза // ВБ-ПУСК. Медикография. Депрессии и тревожные расстройства. 1994, Т. 16. № 1, 2. С. 393–302.
6. Watson D., Clark L. E. Negative affectivity // Journal of Psychosomatic Research, 1984. 51. P. 577–587.

ТРАДИЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОТОМКОВ МАЙЯ

Стрельченко А. Б., д. м. н.,
Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига,
Ершова Г. Г., д. и. н., профессор,
Мезоамериканский центр им. Ю. В. Кнорозова Российского государственного гуманитарного университета,
Борисова Г. А.,
Российский государственный гуманитарный университет,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

Приводятся результаты междисциплинарной научной экспедиции, изучавшей особенности влияния шаманских обрядов на поддержание психического здоровья современных майя. Согласно предварительным выводам, эти ритуалы выполняют важную роль в поддержании психического здоровья членов данного сообщества, являясь вариантом «народной (этнической) психотерапии». Целесообразно продолжить изучения шаманских обрядов для понимания психофизиологических механизмов этих воздействий, а также для пополнения арсенала методов современной психотерапии.

Ключевые слова

Психическое здоровье, психотерапия, шаман, обряд, подсознание, архетип, междисциплинарный подход.

TRADITIONAL FORMS OF MENTAL HEALTH MAINTENANCE IN MODERN DESCENDANTS OF MAYA

**Strelchenko A. B., MD,
Professional Psychotherapeutic League of Russia,**

**Ershova G. G., Doctor of Historical Sciences,
Knorozov Centre for Mesoamerican Studies,
Russian State University for the Humanities,**

**Borisova G. A.,
Russian State University for the Humanities,
Moscow, Russia**

Abstract

The paper presents the results of the interdisciplinary scientific expedition which explored the influence of shaman rituals on the mental health maintenance in modern Mayan descendants. According to preliminary results, these rites performed an essential role in maintaining the mental health of the community members fulfilling the function of national (ethnic) psychotherapy. It is necessary to continue this research to further understand psychophysiological mechanisms of their influence and to expand the scope of modern psychotherapy methods.

Key words

Mental health, shaman, ritual, subconscious, archetype, interdisciplinary approach.

По данным Европейского регионального бюро ВОЗ «...люди, познавшие безработицу, обнищание и распад семьи, подвергаются значительно более высокому риску развития таких психических расстройств, как депрессия, алкоголизм и тяга к самоубийству, чем те, кто не был затронут этими несчастьями. ...Экономический кризис повлечет за собой нарастание смертности из-за проблем с психическим здоровьем...» [1].

Таким образом, можно предположить, что тема сохранения психического здоровья будет продолжаться оставаться актуальной еще долго. И одним из путей его сохранения является расширение возможностей психотерапии по оказанию помощи как можно большему числу нуждающихся. В этой связи представляется важным расширение арсенала методов психотерапии и их совершенствование.

Истоки психотерапии лежат в трех областях человеческой культуры — в философии, естественнонаучных исследованиях и традиционном целительстве [2]. Поэтому именно она в состоянии обеспечить научную и методологическую основу для современной медицинской доктрины — мировоззренческий базис концепции здоровья, естественнонаучные технологические принципы и критерии эффективности. И еще кое-что, а именно — тонкий аромат чуда, мощную целительную веру в благотворные силы природы и человеческой души — наследие традиционных народных практик.

Важным направлением в совершенствовании методов психотерапии представляется анализ и творческая переработка опыта традиционной медицины. В основу современной концепции здоровья должны органично вплестаться универсальные принципы, испокон веков определявшие мировоззрение представителей разных народов — русских, китайцев, индусов, аборигенов Австралии, индейцев Америки. Общность

этих принципов — в изначальном языческом чувствовании-осознании-понимании, вписанности жизненного цикла человека в бесконечное множество циклов окружающих его людей, природы, мира как целого.

Наши предки понимали здоровье как телесное, душевное и духовное благополучие человека, основанное на осознании его места и миссии в мире, того, кто он такой и куда идет. С этой целью они использовали специальные обряды, в которых поддерживалось и возобновлялось базовое ощущение общности человека с самим собой, своей семьей, предками и потомками, своим сообществом, животными и растениями, стихиями и силами природы. Это создавало своего рода матрицу сознания, пространственно-временную систему координат, необходимую для создания индивидуальной модели мира и для соотносимости этих индивидуальных моделей в рамках человеческой общности.

Эта культурально обусловленная соотносимость, по сути, обуславливает структуру и уклад жизни общества, а также здоровье и благополучие каждого из его членов. Таким образом, обряды и ритуалы, проводившиеся в сообществах, способствовали установлению внутреннего баланса, настройке организма человека на выполнение необходимых действий — борьбу со стихией или врагом, обеспечение пропитания. Исполнение обрядов при болезни создавало условия для исцеления организма, настраивало его на решение важной задачи — выжить и выздороветь. Обряды умножали силы, и совокупная сила сообщества оказывалась больше, чем простая сумма сил его членов [3].

На протяжении всей истории человечества культовые обряды, проводимые шаманами, колдунами, жрецами, занимали особое место в жизни сообщества и оказывали на его членов мощное воздействие.

Большое значение этих обрядов в жизни древних цивилизаций было, прежде всего, связано с особой ролью служителя определенного культа (жреца, шамана, колдуна), объединяющей функции, как минимум, целителя, священника, идеолога. Для выполнения этих функций служителям культа требовалось использовать такие техники, которые бы оказывали гарантированные изменения психофизиологического состояния своих адептов [4].

Представляется вероятным, что сохранившиеся до наших дней у современных потомков древних народов обряды, также несут в себе составляющие, способные изменять психофизиологическое состояние человека, влияя на его здоровье.

В этой связи нами, на междисциплинарной основе, с использованием возможностей истории, археологии, антропологии, этнографии, психологии и медицины изучались особенности влияния шаманского ритуала на психосоматическое здоровье представителей индейского этноса.

Исследовательским полигоном явилась Гватемала — центральноамериканское государство, где потомки древних майя составляют 40% населения. Следует отметить, что по рейтингу процветания (8 показателей) это государство из 142 стран занимает 87 место (Россия — 58). По показателю «Здравоохранение» Гватемала находится на 92 месте [5]. Таким образом, это не самая благополучная страна с низким уровнем обеспеченности населения медицинской помощью.

Нами, методом экспертных оценок, изучался ритуал, производимый «профессиональным» шаманом с одним из участников научной экспедиции. Дабы минимизировать вероятность постановочного варианта работы шамана (туристического шоу) участник экспедиции, согласившийся выступить «пациентом», работал по специально разработанной «легенде». Исходя из «легенды», предполагалось, что шаман должен будет произвести диагностику и коррекцию состояния «пациента». Выбор шамана осуществлялся местным жителем, который также не был посвящен в истинные намерения «пациента» и его сопровождающих.

Ритуал проводился в том же месте, где он проводится и для местных жителей. Мы могли наблюдать как до, одновременно и после проведения нашего ритуала похожие ритуалы проводились и с местными жителями.

Место проведения ритуала носит сакральный для местного населения характер. Это площадь перед некогда католической церковью, в которой сейчас поклоняются местному «святому» — реальному человеку, бывшему при жизни мэром этого городка. О свято-

сти этого места для населения свидетельствуют многочисленные таблички с благодарностями за «сотворенные чудеса» — оказанную помощь в избавлении от недугов, в выходе из сложных жизненных ситуаций, в достижении материального благополучия и пр.

При проведении самого ритуала шаманом используются всевозможные средства опосредованного влияния на подсознание «пациента», преимущественно архетипического плана: огонь, дым, яйца, круг, свечи, пучки трав, сладости, определенное количество предметов, а также некоторые символические позы, жесты и действия «пациента».

Представляется важным, что шаман как можно подробнее фиксирует и в процессе проведения ритуала активно использует, многократно повторяя, имя «пациента». При этом телесный контакт между шаманом и «пациентом» отсутствует. Да и само поведение шамана можно назвать отстраненно ненавязчивым.

По завершению ритуала шаман озвучил «диагноз» и заверил, что все у «пациента» будет хорошо, приводя в качестве аргументов возникшие особенности, связанные с горением костра и видом специальной ритуальной сигары, которую он курил вовремя обряда.

Проведенный в последующем анализ всех ингредиентов, используемых в ритуале, включая ритуальную сигару и траву, показал отсутствие в них каких-либо психоделических веществ.

На основании полученных результатов можно сделать предварительные выводы о том, что исследованные нами ритуалы выполняют важную роль в поддержании психосоматического здоровья членов данного сообщества индейцев.

Шаманы в современной жизни индейского этноса, продолжая свои древние традиции, выполняют функции представителей социоматических процессов — врачей, психологов, священников. Используемые шаманами профессиональные приемы способны влиять на психофизиологическое состояние человека. Некоторые шаманские ритуалы являются вариантом «народной (этнической) психотерапии», которая, учитывая определенные психофизиологические и культурно-исторические особенности индейского этноса, должна быть эффективной в поддержании психосоматического здоровья членов этого сообщества.

В этой связи представляется целесообразным продолжить использовать междисциплинарный подход для изучения шаманских обрядов как с точки зрения культурно-исторического наследия, так для понимания психофизиологических механизмов этих воздействий, а также для пополнения арсенала методов современной психотерапии.

Библиографический список

1. Экономический кризис и психическое здоровье. Европейское региональное бюро ВОЗ: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/151392/e94837R.pdf?ua=1.
2. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга». 416 с.
3. Долин А. А., Попов Г. В. Кэмпо — традиции воинских искусств. М.: Наука. Главная редакция восточной литературы. 1991. 429 с.
4. Ершова Г. Г. Древняя Америка: полет во времени и пространстве. Мезоамерика. М.: Алетейа, 2002. 392 с.
5. Информационно-аналитическое агентство «Центр гуманитарных технологий». Рейтинг стран мира по уровню процветания. — <http://gtmarket.ru/ratings/legatum-prosperity-index/info>

О КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Табидзе А. А., д. ф.-м. н., профессор,
Директор Научного центра «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки РФ
(Моск. отд.), член.-корр. РАН,
Москва, Российская Федерация

Аннотация

В настоящей работе с помощью новой интерпретации теста Кеттелла представлена простая и объективная методика оценки психического здоровья и психического нездоровья. Предложен новый показатель степени психического здоровья — степень эмоциональной зрелости.

TO CRITERION OF ESTIMATION OF MENTAL HEALTH

Tabidze A. A., Sci. D. (Physics and Mathematics), Professor,
Director of the Scientific Centre “Psychotherapeutic Pedagogy”,
Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Moscow Department),
Corresponding Fellow of the Russian Academy of Natural Sciences,
Moscow, Russian Federation

Abstract

This paper demonstrates a simple and objective method of mental health and ill-being through a new interpretation of Cattell's test. The author offers a new indicator of the mental health state—a degree of emotional maturity.

Постановка задачи. Мне представляется, что прежде чем вести речь об аспектах психического здоровья, необходимо уточнить в качестве первого вопроса — предмет обсуждения, а именно — объективные критерии оценки психического здоровья и психического нездоровья.

И второй, несколько неудобный вопрос, насколько специалист (психолог или психотерапевт) правомерен вести речь о психическом здоровье, если его личность не соответствует этому критерию. В научной литературе личности психотерапевта и ответственности его за свои психологические качества уделяется большое внимание (В. В. Макаров) [1, с. 9].

Методика. Использовались численные данные без изменений стандартизированного теста Кеттелла 16PF-187 (Когито-Центр). Особенность нашей интерпретации теста заключалась в новом представлении этих данных.

- 16 полярных факторов теста были разделены на 4 группы — эмоциональную (факторы С, L, O, Q4), волевую (Q3, E, G, H), коммуникативную (A, F, I, Q2) и интеллектуальную (B, M, N, Q1). Аналогичный подход используется в тесте «Большая Пятёрка».
- Введена ось, разделяющая по знаку полярные факторы. Теперь численные значения факторов принимают не непрерывные значения от 0 до 10 (как в стандартизированном тесте), а полярные значения от –5 до 0 и от 0 до +5. Например фактор (O) имеет два наименования: «тревожность», отрицательное качество (от 0 до –5) и «спокойствие», положительное качество (от 0 до +5).

- Уточнена полярность трех эмоциональных факторов (L, O, Q4) в соответствии с требованиями клинической психологии [2].

Результаты. Представлены результаты психодиагностики учителей музыки (41 человек) московских школ [3]. В ходе этого исследования обнаружилась следующая особенность — все 41 человек можно разделить по знаку эмоциональной группы факторов на 3 подгруппы:

- 1-я подгруппа (9 человек) — все эмоциональные факторы отрицательные (рис. 1);
- 2-я подгруппа (7 человек) — все эмоциональные факторы положительные (рис. 2);
- 3-я подгруппа (25 человек) — промежуточная, значения эмоциональных факторов вблизи нуля.

Учителя из 1-й подгруппы жаловались на быструю утомляемость, на сложности в социальной адаптации, болевые синдромы в различных частях тела и нуждались в психологической помощи или в медицинском лечении. Они производили впечатление психически незрелых людей.

Учителя из 2-й подгруппы, с высокими положительными значениями эмоциональных факторов — наоборот, демонстрировали жизнерадостность, оптимизм и способность к положительному эмоциональному заражению. Они производили впечатление психически зрелых людей.

Учителя из 3-й подгруппы занимали промежуточное положение (пассивные) и могли при соответствующих напряжённых жизненных условиях легко переместиться в 1-ю подгруппу, психически незрелых, а

при психокоррекции — наоборот, во 2-ю, психически зрелых.

Следует обратить внимание, что при аналогичном тестировании пациентов Клиники Неврозов (28 больных) — 26 человек из них показали низкие значения эмоциональных факторов, такие как на рис. 1. Эмоциональная группа психологического профиля клиентов Московской Службы Психологической Помощи Населению (31 человек) — также имеет вид рис. 1.

Таким образом, первую подгруппу составляют лица с высокой эмоциональной неустойчивостью, эгоцентричностью, напряжённостью и тревожностью — с качествами, не позволяющими им вести успешное психолого-педагогическое взаимодействие. Здесь знак каждого эмоционального фактора на рис. 1 — отрицательный. При сложении всех этих четырёх факторов получаем также отрицательную сумму. Результат сложения в первом приближении обозначим как **степень эмоциональной зрелости** тестируемого.

$$EQ = C + L + O + Q4. \quad (1)$$

При таком сложении эмоциональных факторов получаем следующие численные значения степени эмоциональной зрелости для двух учителей (Бессоновой и Фомичёва, фамилии изменены): EQ (рис. 1) = -15 и EQ (рис. 2) = +10.

Отрицательное значение степени эмоциональной зрелости (рис. 1) говорит, что перед нами эмоционально незрелая личность. И именно эта эмоциональная незрелость является основной причиной сложностей в социальной адаптации, а в дальнейшем — причиной возникновения психогенных заболеваний. Таким образом — психическое нездоровье — это запущенная психологическая незрелость.

Естественно предположить, что наибольшее количество лиц с положительными значениями степени эмоциональной зрелости (как на рис. 2) можно найти на встречах профессиональных психологов.

Так суммируя мои результаты диагностики участников Саммита 2013, 2014, 2015 был получен следующий результат. Протестировано 44 человека (добровольцы) — из них 30 человек показали положительную степень эмоциональной зрелости, 10 человек — промежуточную и 4 человека — отрицательную. Все эксперименты, описанные в этой работе, приведены в сводную таблицу 1 представлены в процентных соотношения

Как и следовало ожидать, наибольшее количество эмоционально зрелых людей собирает сообщество профессиональных психологов, наименьшее — клиника неврозов, что подчёркивает специфичность психологических качеств каждой группы (см. таблицу).

Обсуждение. Таким образом специфическими психологическими качествами для психологов и психотерапевтов являются, по моему мнению, — эмоциональная устойчивость (C+), доброжелательность (L+), спокойствие (O+) и внутренняя расслабленность (Q4+). Из 16 факторов эти 4, на мой взгляд, являются базовыми, т. к. при их совершенствовании начинают автоматически улучшаться качества из интеллектуальной, коммуникативной и волевой психодиагностики.

Инструмент психолога — его психологические качества. Для психологов и психотерапевта недопустимы такие негативные эмоциональные качества как эмоциональная неустойчивость (C-), эгоцентризм (L-), тревожность (O-) и напряжённость (Q4-).

Потому что, эти стационарные негативные качества создают стабильный фон внутреннего диском-



Рис. 1. Личностный профиль Бессоновой, 31 г. Эмоционально незрелая личность, EQ = -15. Тест Кеттелла (интерпретация Табидзе А. А., 2013)

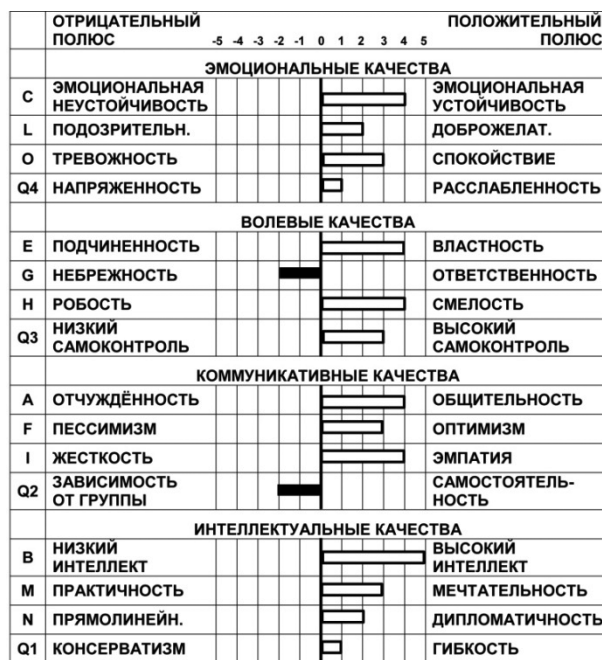


Рис. 2. Личностный Фомичева, 45 лет. Эмоционально зрелая личность, EQ = +10. Тест Кеттелла (интерпретация Табидзе А. А., 2013)

Таблица

№	Тестируемые	Психо-эмоц. незрелые	Психо-эмоц. промежуточные	Психо-эмоц. зрелые
1	Учителя музыки московских школ, 41 человек	22%	61%	17%
2	Пациенты Клиники неврозов № 8, г. Яхрома, Моск. обл., 28 человек	93%	7%	0
3	Клиенты Службы Психологич. Помощи Населению, г. Москва 31 человек	84%	16%	0
4	Психологи, участники Саммитов г. Санкт-Петербург 44 человека	9%	23%	68%

форта, который на неосознаваемом уровне по механизму психического заражения будет передаваться окружающим через интонации, взгляд, жесты, положения тела. Особенно к психологическому заражению чувствительны дети. В этих негативных качествах кроются истоки агрессии и самоагрессии.

Знать свой объективный психологический портрет и его принадлежность к зрелой или к незрелой группе — профессиональная обязанность каждого психолога и психотерапевта. Нередко оказывается, что собственное субъективное представление и действительный портрет могут не совпадать.

Выводы и предложения.

1. Предложена новая интерпретация теста Кеттелла, позволяющая наглядно демонстрировать психоло-

гический портрет человека, понятный не только психотерапевту, но и самому клиенту. Когда клиент воочию видит внутренние психологические причины своих проблем, тогда у него пробуждается ответственность за свои поступки и здоровье.

2. В качестве критерия психического здоровья предложен показатель степени психо-эмоциональной зрелости, имеющий как качественную, так и количественную оценку. Отрицательная степень — признак психического нездоровья, положительная — признак психического здоровья.
3. Психотерапевтам и практикующим психологам предлагается использование этого теста в качестве инструментария для предварительной оценки уровня психического здоровья своих пациентов

Библиографический список

1. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. Лекция № 8. Личность психо-терапевта. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 432 с.
2. Табидзе А. А. Тест Кеттелла и его новая интерпретация с позиции клинической психологии // Медицинская психология в России. 2015. № 6. С. 35. — www.psychopedagogica.ru (раздел «Публикации»).
3. Табидзе А. А. Теория и практика генезиса психогенных заболеваний // Психотерапия. 2014. № 11. С. 2–10 (см. там же).

ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ: ТРАНСФОРМАЦИЯ АДДИКТИВНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

**Теперик Р. Ф., к. псих. н.,
Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова,
факультет психологии, кафедра нейро- и патопсихологии,
Москва, Российская Федерация**

Аннотация

В статье обсуждаются ключевые вопросы психотерапии зависимостей — интеграция различных психотерапевтических подходов, необходимость трансформации аддиктивной идентичности. Анализируются причины низкой эффективности психотерапии зависимостей, ставятся задачи комплексной психотерапии, направленной на трансформацию значимых сфер жизнедеятельности и глубинных личностных структур. Обосновывается возможность изучения психологии зависимостей в особой «психотерапевтической лаборатории».

Ключевые слова

Психотерапия зависимостей, трансформация, аддиктивная идентичность, аутодеструкция, отказ.

PSYCHOTHERAPY OF ADDICTED PERSONS: TRANSFORMING ABUSIVE IDENTITY

**Teperik R. F., PhD (Psychology),
Lomonosov Moscow State University,
Faculty of Psychology, Neuro- and Pathopsychology Department,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article discusses key issues of psychotherapy of addicted persons such as integration of different psychotherapy approaches and necessity of transforming addict's identity. The article analyses the reasons for low efficiency of psychotherapy among addicts and it states the goals for integrated psychotherapy which aims at transforming significant aspects of life and unconscious personality structures. The article justifies a possibility of studying psychology of addictions in special "psychotherapy laboratory".

Key words

Psychotherapy of addicted persons, transforming, addict identity, autodestruction, abstinence.

Структура и критерии аддиктивного расстройства, психологические механизмы аддикций, возможности профилактики и психотерапии зависимостей — все это остро дискуссионные вопросы аддиктологии, междисциплинарной области, бурно развивающейся в последнее время [2, 5, 8].

Развитие аддиктологии тесно связано со многими факторами: и с различными изменениями социокультурных условий, и с наличием многочисленных пробелов в научном познании, и с крайне высокой резистентностью данного расстройства к психотерапии.

Короленко Ц. П. предлагает следующее рабочее определение аддикции — «аддикция — паттерн стойкого ухода от реальности, достигаемый посредством изменения психического состояния. Изменение психического состояния происходит в результате приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций» [3, с. 21]. Данное определение охватывает широкий спектр патологии различной степени тяжести — от поведения, граничащего с нормальным, до тяжелой психологической и химической зависимости.

Безусловно, аддикции развиваются как результат длительных невротических конфликтов, психических травм и нарушений развития, генетической предрасположенности, влияния социо-культурных и семейных факторов. Полифакторная этиология аддикций подчеркивается большинством исследователей [3, 4, 5]. В то же время, многими авторами признается ведущая роль именно психического фактора в формировании аддиктивного расстройства. А ключевым в нарушении психического функционирования является, на наш взгляд, формирование в онтогенезе особой аддиктивной идентичности.

В современных исследованиях «диффузной» и нарциссически-грандиозной идентичности присутствует указание на значимую роль феномена неопределенности, присутствующего как в макросоциуме, так и в микросоциуме [6].

Что понимается под аддиктивной идентичностью? Каким образом она формируется и какие последствия этого формирования? В психоаналитической традиции исследователь зависимостей Радо вводит понятие «психотимия» — болезнь, характеризующаяся сильной тягой к веществам [4]. Радо предлагал единую концепцию аддиктивного поведения, фактически предвосхитив последующие представления о единых психологических механизмах аддиктивных расстройств. Химические вещества у аддикта облегчают,

предотвращают душевную боль и вызывают чувство удовольствия, наслаждения, но удовольствие достигается дорогой ценой саморазрушения и страдания.

Аддиктивная идентичность ведет ее носителя к аутодеструкции, аутодеструктивные проявления присутствуют при всех формах зависимостей, включая как химические, так и нехимические аддикции. Однако, общая аутодеструктивность аддикций проявляется при различных формах аддикции неодинаково, имея свою специфику.

Аддикт реагирует на фрустрацию напряжением и нетерпимостью к душевной боли, жизнь аддикта становится обедненной, в объектах любви больше нет необходимости, и аддикт чувствует особую неуязвимость. При этом, психическое напряжение переживается аддиктом как угроза всему существованию.

Таким образом, аддиктивная идентичность представляет собой вариант диффузной, фрагментарной идентичности, для которой характерна своего рода «колыбельная психология» — потребность быть маленьким, лежать в колыбели, не иметь ответственности, ждать поддержки независимо от своих поступков. Для взрослого аддикта характерно младенческое всемогущество и абсолютная неповреждаемость.

По мнению Сэвитта при исследовании аддиктивных расстройств излишнее внимание уделяется эйфоризирующим переживаниям аддикта, в то время как отчаянная потребность спастись от невыносимой для аддикта боли нуждается в большем изучении [4].

Эти идеи важны для понимания формирования аддиктивного расстройства, для которого так характерны и эго-синтонность аддиктивных переживаний и возникающая эмоциональная фиксация на воздействии, изменившем дискомфортное психическое состояние.

Высокая резистентность к лечению и низкая эффективность психотерапии аддиктивных расстройств связана прежде всего с сохранностью глубинных психических структур личности аддикта, в то время как психотерапевтические программы часто направлены на перестройку более поверхностных слоев психики.

Психотерапия зависимостей представляет собой сложный, глубинный процесс трансформации значимых сфер жизнедеятельности и глубинных психических структур. Многими авторами, представителями различных психотерапевтических школ указывается необходимость комплексного подхода к психотерапии зависимостей [3, 4, 5, 7, 9], охватывающего сотрудничество самых различных практик: анонимных групп самопомощи, семейной психотерапии, групповой пси-

хотерапии и индивидуальной психотерапии аддикта в рамках любого из психотерапевтических направлений. Данная интеграция позволяет решить целый ряд задач, направленных на перестройку различных сфер психики и личности аддикта.

Прежде всего, преодоление алекситимии, развитие навыков рефлексии, что позволяет осуществлять последовательный и целенаправленный процесс самонаблюдения и самоанализа, осознания своих поступков, мотивов, эмоций. Психотерапевтическая работа с «тягой» к веществу или аддиктивной деятельности наполнена регулярными опытами по самонаблюдению.

Личностно-ориентированная психотерапия направлена на серьезную трансформацию нарушенных регуляторных функций. Накапливаемый опыт отказа с одной стороны ослабляет трудно контролируемое влечение к веществу или специфической активности, а с другой — повышает способность к самоограничению.

Движение от аддиктивной к целостной идентичности является ядерным психотехническим эффектом в психотерапии зависимостей. Формирование зрелой идентичности — долгий и крайне болезненный для аддикта процесс, наполненный самыми драматическими переживаниями.

В проводимых исследованиях доказана возможность изучения психологии зависимостей в «психотерапевтической лаборатории». Реальностью для исследователя в рамках культурно-исторической теории является не психика испытуемого (сама по себе «сырая»), а само действие по перестройке его психики. Отсюда вытекает и особый тип описания объекта изучения — описание, которое можно было бы назвать «психотехническим», описанием, нацеленным не на фиксацию законов естественной жизни объекта, но на фиксацию условий возможности его направленного преобразования описание с точки зрения задач, а также средств и способов его направленной трансформации.

Библиографический список

1. Анонимные алкоголики. Нью-Йорк. 1989 (издание на русском языке).
2. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. Санкт-Петербург, 2007.
3. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктология: настольная книга. М., 2012.
4. Психология и лечение зависимого поведения / Под редакцией Скотта Даулинга. М., 2000.
5. Руководство по аддиктологии / Под редакцией Менделевича В. Д. СПб., 2007.
6. Соколова Е. Т. Клиническая психология утраты Я. М., 2015.
7. Спиваковская А. С. Фрагменты беатотерапии. М., 2010.
8. Старшенбаум Г. В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М., 2006.
9. Филип Дж. Флорес. Групповая психотерапия зависимостей. М., 2014.

МОДЕЛЬ МАССОВОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ МЕГАПОЛИСА

Титова В. В., к. м. н.,
доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского
государственного педиатрического медицинского университета,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье рассматривается модель первичной профилактической и консультативной психотерапевтической помощи, реализуемой посредством специализированной телевизионной и радиопрограммы. В 2008 г. на базе Санкт-Петербургского телеканала «ТВ 100» и радио «Балтика» была создана еженедельная программа в прямом телерадиоэфире «Час психотерапевта». В рамках программы происходит взаимодействие психотерапевта с телезрителями и радиослушателями, позвонившими в эфир и заявившими свои актуальные проблемы.

Ключевые слова

Психотерапия, социальная, первичная, телепрограмма, помощь.

MODEL OF THE MASS PRIMARY PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT OF THE POPULATION OF A MEGALOPOLIS

Titova V. V., PhD (Medicine),
Associate Professor of the Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Saint
Petersburg State Pediatric Medical University
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

In the article, the model of the primary preventive and advisory psychotherapeutic support by means of specialized television and radio programme is considered. Since 2008, on the basis of the Saint Petersburg TV channel "TV 100" and radio station "Baltica", the weekly live broadcast programme "Psychotherapist's Hour" has been launched. During the programme, the psychotherapist interacts with the audience who call on air and tell about their problems.

Key words

Psychotherapy, social, primary, TV programme, support.

По оценкам экспертов, распространенность психических расстройств, не достигающих психотического уровня, в России составляет более 30% взрослого населения [2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11]. Скрытая заболеваемость предполагается еще выше, поскольку донозологические формы нарушений психической адаптации, как правило, не могут быть учтены, а люди, впервые столкнувшиеся с переживанием психических расстройств, чаще всего не обращаются к специалистам [1]. Проведенные в последние годы масштабные эпидемиологические исследования показывают, что в психотерапевтической помощи нуждается, как минимум, 21% населения России. При этом более 50% населения вообще не имеют представления о профессиональной психотерапии и ее возможностях, обращение к специалисту по «психологическим проблемам» до сих пор, по мнению большинства россиян, является компрометирующим поступком либо «развлечением для богатых» [1, 3, 10]. По данным специальных исследований, за специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью обращаются лишь 1,4% населения [9]. Вместе с тем, в отчете Росстата говорится, что за 10 месяцев 2015 г. от самоубийств погибло больше россиян, чем в результате дорожно-транспортных происшествий. В связи с этим вопрос оказания профилактической и первичной специализированной помощи сектору населения, не охваченному существующими амбулаторно-поликлиническими службами, представляется чрезвычайно актуальным.

В 2008 г. на базе Санкт-Петербургского телеканала «ТВ 100» и радио «Балтика» нами была создана еженедельная специализированная программа в прямом теле-, радио- и интернет-эфире «Час психотерапевта». Целью создания программы стала апробация модели первичной помощи, охватывающей, предположительно, большой сектор населения, в сравнении с обращающимися в поликлиники, а также уменьшающей материальные и временные затраты на организацию помощи. Программа существовала до 2013 г. и выходила в вечернем и ночном теле-радиоэфире регулярно в разные годы от одного до четырех раз в неделю и одновременно транслировалась он-лайн в социальной сети Facebook. В рамках программы происходило взаимодействие психотерапевта с телезрителями и радиослушателями, позвонившими в эфир и заявившими свою актуальную проблему. При этом, как правило, не задавалось определенной тематической преамбулы (например, «сегодня мы с Вами поговорим о...»), программа начиналась с ответов на письма и параллельно принимались звонки на любую

тему. Кроме того, у телезрителей была возможность задать специалисту любой вопрос через СМС-портал (анонимно и бесплатно), телефонного редактора, специально созданный форум на сайте телеканала или по электронной почте. Все поступающие звонки регистрировались телефонным редактором в специальном журнале с указанием пола и возраста звонящего, краткого описания вопроса или заявляемой проблемы, а также контактного телефона для обратной связи. Письма и СМС хранились в электронном виде, интернет — форум делился на ряд основных тем для обсуждения и обслуживался системным администратором. Записи большинства программ были доступны в архивах на сайте телеканала.

При изучении структуры контингента зрительской и радиоаудитории (на основании писем и звонков) было выявлено, что средний возраст обращающихся за помощью составляет 35 лет, более 70% из них имеют высшее образование, женщины обращаются в 3 раза чаще мужчин. Несмотря на позднее время выхода программы в эфир, неоднократно имели место звонки и письма от детей 10–12-летнего возраста, находящихся в сложных жизненных ситуациях, а также от пожилых людей старше 80 лет. Живое общение специалиста с телезрителями, неожиданные вопросы, непрдуманые истории из жизни и неподдельные эмоции звонящих с первых же месяцев существования программы вызвали быстрое расширение зрительской аудитории и высокие рейтинги программы.

За шесть лет в адрес программы «Час психотерапевта» поступило более 8 тыс. писем и более 3,5 тыс. звонков и СМС. За период с 02.07.2011 по 02.10.2011 пришло 622 письма, из них в 397 письмах был указан точный возраст и пол телезрителей, задающих вопросы. Из 397 писем 299 были от женщин, 98 — от мужчин. Распределение респондентов по возрасту представлено на рис. 1.

Детальный анализ проблем и вопросов, с которыми обращались к специалисту телезрители и радиослушатели, показал, что на первом месте стоят нарушения адаптации (25%) и конфликты (22%), из них конфликты с партнером в семье — 54%, с детьми — 19%, с родителями — 24% и с коллегами — 3%. Следует отметить, что 4% писем и звонков были связаны с агрессией и насилием в семье. На втором месте находятся депрессивные жалобы (15%); интересно, что возраст обращающихся за помощью в этой связи, колеблется от 18 до 85 лет. На третьем месте находятся звонки с просьбой порекомендовать психологическую литературу для самостоятельного изучения либо спе-



циалиста для «очного» обращения за помощью. Тревожно-фобические расстройства, предположительно, невротического регистра, составляют еще 7% звонков и писем (полностью оценить клиническую картину и собрать диагностические сведения в рамках программы, а также на основании переписки не представляется возможным). Далее в порядке убывания в процентном соотношении следуют вопросы, связанные с химической и нехимической зависимостью и созависимостью (лидируют алкоголизм, наркомания и игровая зависимость) — 6%, инвалидностью (увечьем, наличием тяжелого неизлечимого заболевания) — 4%, вопросы по избыточному весу — 2%, а также по синдрому

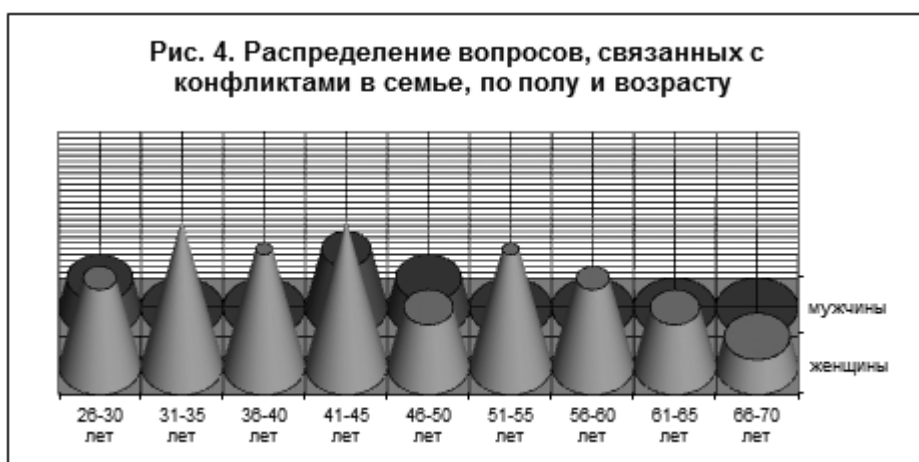
хронической усталости — 2%. Отдельную группу составляют звонки и письма с высоким суицидальным риском; их около 4% от общего числа обратившихся за помощью. Распределение вопросов телезрителей и радиослушателей специалисту в прямом эфире представлено на рис. 2–6.

В связи с популярностью программы «Час психотерапевта», с 2009 г. на телеканале «ТВ 100» была создана вторая телевизионная программа первичной специализированной помощи «Остров надежды». В рамках этой программы происходило взаимодействие психотерапевта с телезрителями, пришедшими в студию. На очную сессию в «Остров надежды» пригла-

Рис. 3. Распределение вопросов, связанных с конфликтными взаимоотношениями



Рис. 4. Распределение вопросов, связанных с конфликтами в семье, по полу и возрасту

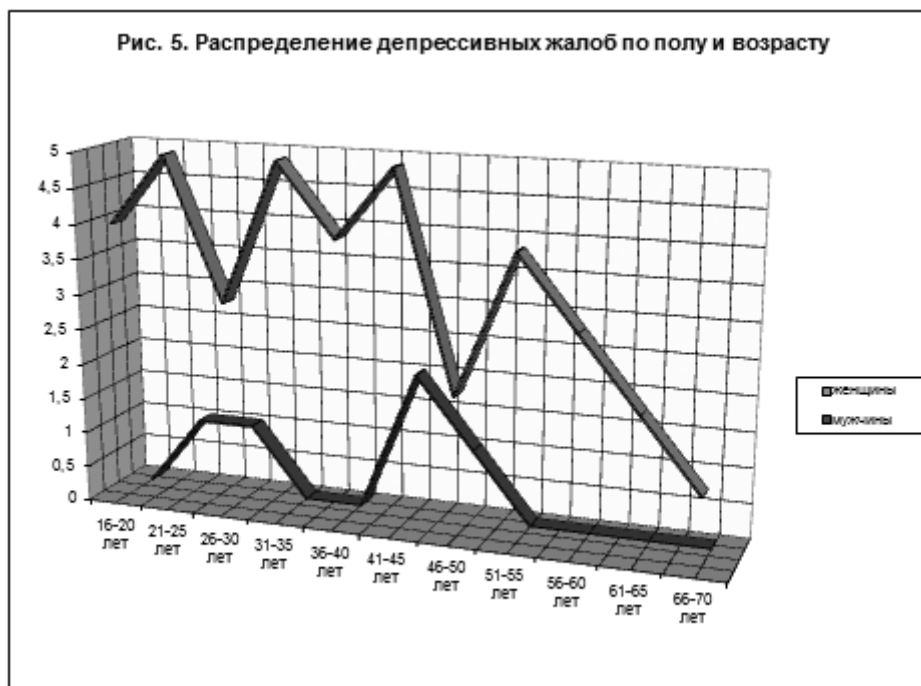


шались телезрители, находящиеся в кризисных жизненных ситуациях. Отбором желающих занимался редактор программы на основании поступивших звонков, писем и сообщений на форуме. Программа шла в записи, что давало возможность создать обстановку максимальной безопасности: заретушировать лицо и изменить модуляции голоса человека, чья проблема выносилась на всеобщее обозрение. Также, по желанию участника, он мог принимать участие в монтаже и вырезать нежелательные фразы из своей речи, произнесенные во время сессии (программа писалась одним дублем с целью максимальной приближенности к формату сессии в кабинете психотерапевта). До съемок программы психотерапевт не встречался с участником, приглашенным на съемки, т. к. при взаимодействии необходима подлинность чувств, в том числе, и специалиста. Во время съемок у участвующего телезрителя была возможность обратиться через камеру или по телефону к значимым людям и сказать то, что он не решался сказать им в жизни, а также об-

ратиться ко всей зрительской аудитории или открыть лицо. Программа имела большой резонанс: в адрес участников приходило много писем и звонков, в которых люди делились своим опытом решения подобных проблем, а также просто поддерживали или желали познакомиться. Все письма и номера телефонов передавались герою программы. С участвующими в съемках телезрителями поддерживалась обратная связь, и регулярно, несколько раз в год, выпускались дайджесты: участники рассказывали о том, как сложилась их жизнь и как решилась заявленная когда-то проблема.

В 2009 г. проект «FM-TV», созданный при участии «ТВ 100» и радио «Балтика», куда входят программы «Час психотерапевта», «Остров надежды» и несколько других программ, получил премию ТЭФИ в номинации «Лучшая информационно-развлекательная программа в России».

С 2010 г. в структуре программы «Час психотерапевта» была открыта телефонная «линия доверия», где ежедневно в течение 4 часов дежурили психоте-



рапевты и психологи: общение происходило «за кадром», но звонящий на телеэкране в отдельном окне видел специалиста, с которым он разговаривал (малое окно в нижней части экрана на фоне других идущих программ). Возможность заглянуть в глаза специалисту, с которым ведется разговор, и увидеть его неподдельные эмоции и реакции на заявляемую проблему, оставшись при этом полностью анонимным и «за кадром», представляется крайне важной для формирования особого уровня доверия и безопасности. В 2011 г. в рамках программ «Час психотерапевта» и «Остров надежды» были созданы «консилиумы» или «круглые

столы» с привлечением нескольких экспертов-психологов и психотерапевтов — ведущих представителей разных направлений и школ — с целью рассмотрения с разных точек зрения самых сложных и «тупиковых» вопросов и звонков.

Подводя итоги реализации модели первичной психотерапевтической помощи посредством телерадиокommunikации в г. Санкт-Петербурге, хочется упомянуть основные принципы Нового Общественного Здоровья (НОЗ), которые были прописаны в «Оттавской Хартии развития здоровья» и одобрены Всемирной Организацией Здравоохранения [14]. В част-

ности, в данном документе подчеркивается необходимость: 1) переориентации служб здравоохранения для повышения их доступности, работоспособности и полезности; 2) содействия усилению привлечения сообществ и коллективных действий; 3) создания микросреды, благоприятной для сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья; 4) форми-

рования общественной политики, максимально благоприятствующей данным процессам [14]. Согласно идеологии НОЗ, такого рода помощь: 1) экстренна; 2) прагматична; 3) реализуется на уровне сообществ; 4) при активном участии социальных сетей; 5) развивает принципы низкого порога оказания услуг [12, 13].

Библиографический список

1. Алёхин А. Н. Медицинская психология: поле практики и задачи научной дисциплины // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2010. № 2. — <http://medpsy.ru>
2. Дмитриева Т. Б. Руководство по социальной психиатрии. М.: «МИА», 2009. 544 с.
3. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
4. Кошкина Е. А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 3. С. 89–91.
5. Нечипоренко В. В., Королев С. А. Пограничные психические расстройства в современном обществе (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. 2008. № 4.
6. Петраков Б. Д., Петракова Л. Б. Психическое здоровье народов мира в XX веке. М.: ВНИИМИ, 1984. 424 с.
7. Смудевич А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М.: «МИА», 2001. 256 с.
8. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1987. 304 с.
9. Чуркин А. А., Михайлов В. И., Касимова Л. Н. Психическое здоровье городского населения. Хабаровск: Изд-во Хабар. краевого центра псих. здоровья, 2000. 376 с.
10. Юевич А. В. Психология в современном обществе // Психологический журнал. 2008. № 6. С. 5–14.
11. Яворский А. А., Нечипоренко В. В., Лыткин В. М., Софронов А. Г. Клинико-психологический аспект агрессивных действий военнослужащих с пограничными психическими расстройствами исходя из оценки их самосознания // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: материалы конференции. СПб., 2003. С. 140–143.
12. Ball A. Policies and interventions to stem HIV–1 epidemics associated with injecting drug use // In Stimson G. V., Des Jarlais D. C., Ball A. Drug Injecting and HIV Infection London: UCL Press. 1998. P. 201–232.
13. Stimson G. V. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993 // Social Science and Medicine, 1995. 41. P. 699–716.
14. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion // Health Promotion. 1996. 1986, I: III–V.

КОНЦЕПЦИЯ «ЖИЗНЕСМЕРТИ» И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Федосина С. С.,

старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии,
Пермский государственный национальный исследовательский университет,
Пермь, Российская Федерация

Аннотация

В статье излагается авторская концепция «жизнесмерти». Жизнь и смерть рассматриваются как составляющие единого непрерывного процесса существования человека. Описаны качественные особенности смерти как девятого возрастного этапа в периодизации Э. Эриксона. На основании теории генезиса личности А. В. Петровского выделяются аспекты человеческого существования, подлежащие переосмыслению до наступления смерти. Приводятся примеры вопросов для работы с проблемой смерти в экзистенциальной психотерапии.

Ключевые слова

Эпигенетическая теория личности Э. Эриксона, теория генезиса личности А. В. Петровского, жизнь, смерть, существование, экзистенциальная психотерапия.

“LIFEDEATH” CONCEPT: POSSIBILITY OF APPLICATION IN EXISTENTIAL PSYCHOTHERAPY

Fedosina S. S., Assistant Professor,
Department of General and Clinical Psychology, Perm State University,
Perm, Russian Federation

Abstract

A new concept "LifeDeath" is introduced for describing the continuous process of human existence. Death is considered to be the final stage of development in E. Erikson's epigenetic theory with its specific social relationships, psychological crisis and the life outcome. Significant aspects of human existence which have to be reconsidered before death are described on the basis of personality genesis theory of A. V. Petrovsky. Examples of questions for existential psychotherapy sessions are given.

Key words

Erikson's epigenetic theory, personality genesis theory of A. V. Petrovsky, life, death, existence, existential psychotherapy.

Смерть относится к числу наиболее важных экзистенциальных проблем, наряду с проблемами одиночества, ответственности и смысла жизни. Каждый человек с детского возраста осведомлен о существовании смерти, однако, сталкиваясь с проблемой ухода из жизни лицом к лицу, склонен переживать мучительное чувство страха и беспомощности. Ситуация усугубляется тем, что, несмотря на очевидность и неустрашимость факта конечности существования, обсуждение смерти до сих пор остается табуированным в современном обществе. Даже в психотерапевтическом процессе тема собственной смерти зачастую оказывается болезненной и труднопереносимой для клиента [3].

В качестве варианта терапевтической работы с проблемой конечности существования в настоящей работе предлагается концепция «жизнесмерти», разработанная на основе эпигенетической теории личности Э. Эриксона [2], теории генезиса личности А. В. Петровского [1].

Сформулируем основные положения концепции:

- 1) существование человека представляет собой неразрывное единство жизни и смерти («жизнесмерть»), непрекращающийся процесс качественного изменения, не заканчивающийся после биологической смерти;
- 2) смерть рассматривается как очередной возрастной этап (девятый и завершающий возрастную периодизацию по Э. Эриксону);
- 3) социальные условия возрастного этапа: человеческое общество, взятое вне пространственно-временных ограничений.
- 4) преодолеваемый кризис возрастного этапа: интеграция против дезинтеграции личности.
- 5) личностное новообразование: существование в противовес уничтожению.

В ходе данного возрастного этапа существование человека определяется прошлым, настоящим и будущим всего человеческого сообщества. Прошлое представлено культурно-историческими традициями обращения с умершим, сложившимися в человеческом сообществе. Настоящее обеспечивает актуальность существования человека после его смерти за счет наиболее сохранившихся компонентов личности. Будущее предлагает возможность восстановления существования с помощью исторического метода, биографического метода, биологических методов (генной инженерии).

Проблема, с которой сталкивается существование, вытекает из снижения уровня активности человека до «фоновой уровня», при котором воздействие на окружающий мир осуществляется за счет активности предшествующих этапов. Чем больше осмысленна была жизнь, чем больше был включен человек в социальные процессы, тем легче ему, теперь уже с помощью социума, сдерживать дезинтеграционные тенденции текущего этапа. Общество устроено таким образом, что стремится сохранить наследие своих представителей, поддерживая тем самым их смертное существование в противовес уничтожению. Вопрос, на который отвечает человек на данном этапе: «в чем смысл моего существования по отношению к обществу и миру в целом?».

Для уточнения того, какие именно стороны личности подвергаются дезинтеграции и угрозе уничтожения, обратимся к теории генезиса личности А. В. Петровского, включающей три взаимосвязанные концепции: психогенетическая концепция индивидуальности, концепция развивающейся личности, историко-эволюционный подход. На основании данной теории можно выделить следующие аспекты существования, подлежащие переосмыслению до наступления смерти.

1. Психогенетический аспект: собственное биологическое тело, сформированное в результате генотип-средовых взаимодействий, а также набор генов, переданный по наследству потомкам.
2. Личностно-деятельностный аспект: собственная психика, система социальных отношений, идеальная представленность человека в сознании окружающих.
3. Исторический аспект: вклад личности в социокультурную историю как результат всей его жизнедеятельности.

В соответствии с представленными аспектами приведем примеры вопросов для обсуждения с клиентом в ходе психотерапии.

1. Как вы думаете, что произойдет после смерти с вашим телом? С вашими детьми и внуками? Насколько жизнеспособной окажется ваша семья и ваш род?
2. Что случится с вашим сознанием, душой? Какие перемены произойдут в вашем окружении, с друзьями, родными, коллегами? Кто возьмет на себя ваши обязанности? Что будут вспоминать о вас люди?

3. Какие материальные и духовные следы своего существования вы оставите в этом мире? Что, если когда-нибудь ваши потомки найдут способ вернуть вас к жизни? Каков смысл вашего существования по отношению к миру?

При разговоре с клиентом будет полезным пояснить, что в ходе жизни человек наиболее тесно отождествляет себя с одним-двумя аспектами существования (например, биологическое тело, или сознание, или

результаты деятельности). Смерть обычно рассматривается как непредсказуемый процесс, мгновенно уничтожающий существование и поэтому вызывающий страх. Экзистенциальная психотерапия предоставляет возможность снижения страха смерти за счет оценки своего существования как сложного многоуровневого процесса, принятия ответственности за все аспекты собственного бытия, поощрение действий по осмысленной подготовке к последнему этапу существования.

Библиографический список

1. Петровский А. В. Возможности и пути построения общепсихологической теории личности // Вопросы психологии: издаётся с 1955 г. / Ред. А. М. Матюшкин, А. В. Брушлинский. Июль-август 1987. № 4. С. 30–45.
2. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ / Общ. ред. и предисл. А. В. Толстых. М.: Прогресс, 1996. 342 с.
3. Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти / Пер. с англ. А. Петренко. М.: Эксмо, 2009. 352 с.

PSYCHOTHERAPY IN INDIA AND THE WEST

**Himanshu Giri, PhD (Psychology),
Research assistant and Psychotherapist Under Supervision,
Sigmund Freud University and International Outpatient Clinic,
Vienna, Austria**

A distinctive characteristic or attribute of the western fostering is to make an effortful attempt for self-reliance, self-direction and assisting the child to achieve a state of being able to support oneself without receiving help from others. In the south asian society dependence and mutuality are the focus (Roland, 1991). The child sleeps next to the mother until a sibling is born or the child is about five to seven years old. The boy never loses his mother and stays fond and affectionate towards the mother and immensely involved with his original family all throughout his life. As a result, Indian men incorporate many more maternal-feminine qualities than is characteristic of Western men (Kakar, 1978, 1989; Roland, 1988). The mother has a much stronger place in the psyche of Indian men as compared to western men and that makes the mother unconsciously seen as very powerful. It is given added strength or support by the image of certain strong female Hindu deities (Roland, 1991).

In the phase of adolescence there is no strong refusal to accept some authority, code or convention on behalf of the child or a need to create a distinct personality which would be regarded as a persisting entity.

Due to the strong idealization of the elders and the elders partially being compared to Gods, there is little evidence of conflicts between the generations. Although, competition manifests itself in a feeling of grudging admiration and the desire to have something that is possessed by other brothers. The Indian son embraces his position of a prince and doesn't try to be a king. An example lies in Ramayana (an ancient Indian heroic epic poem traditionally ascribed to Valmiki) where neither Lord Ram nor Bharat fight for the throne. In fact when Bharat learns that his mother Kaikeyi had forced Rama into exile and caused Dasharatha to die brokenhearted,

he storms out of the palace and goes in search of Rama in the forest. When Rama refuses to return from his exile to assume the throne, Bharata obtains Rama's sandals and places them on the throne as a gesture that Rama is the true king. Bharata then rules Ayodhya as the regent of Rama for the next fourteen years.

Father plays a very important role in sons life as he provides a masculine model to identify with and offers a relationship which helps the son in partial separation from an engulfing maternal mutualism (Kakar, 1980). Earning father's respect is something that the son tries to achieve during his lifetime and they together work to keep up the regard and the repute of the family.

Ramanujan discusses how Indian mythology focuses on the jealous father's murderous impulses towards his son instead of son murdering his father and marrying his mother (Ramanujan, 1980). It goes together with how sons are preferred over husbands and how the mother-son relationship works in the Indian society.

Keeping in mind what Courtright said about giving meaning to myths- "There is no single 'true' meaning of myths. Instead there are various readings to which we might subject the myths"(Courtright 1985, 91) we can see how the myth of Ganesha getting a elephant's head is a wonderful example of what Ramanujan writes about.

Myth as summarized in Courtright's (1985, 5) book *Gaṇeśa: Lord of Obstacles, Lord of Beginnings*:

"Once when Śiva has left his wife Pārvatī for a long time in order to meditate on Mt. Kailāsa, she became lonely and longed to have a son who would give her love and protection. She rubbed the unguents on the surface of her limbs and out of this material she rubbed forth a being in the shape of a young man. She breathed him to life and

placed him at the doorway of her bath, instructing him to admit no one. Meanwhile, Śiva returned from his long meditations and arrived at Pārvatī's private chamber, but the young man blocked the way and refused to let him in. Not knowing that this guard was Pārvatī's creation, Śiva became angry and, after a battle, cut off the guard's head. Overhearing the commotion outside, Pārvatī came out. When she saw what had happened, she was overcome with grief and anger at what Śiva had done. She told him that unless he restores his son with a new head she would bring the universe to destruction. So Śiva sent his servants in search of a new head. As they traveled north, the auspicious direction, they found an elephant and cut off its head and returned to place it on the vacant shoulders of Pārvatī's guardian son. As the son revived, Śiva praised him and gave him the name of Gaṇeśa, made him lord of his (Śiva's) own group of devotees (gaṇas), and adopted him as his own son."

In contrary to the western society where sexuality in teenagers is associated with independence and freedom, for Indian teenagers it is associated with family responsibilities and entanglements (Grey, 1973). And there is a prevailing trend of arranged marriages where the families' choice and approval of the partner are of great importance. Striving for brahmacharya or sexual abstinence in the service of spiritual disciplines can be seen as in the service of spiritual disciplines (in ado-

lescence it is considered appropriate for the preparation for becoming a householder), can also be viewed as a step in the loosening of the intense personal attachments and obligations in extended family-communal relationships and a reaching toward personal autonomy in the spiritual sphere as in India sexuality is greatly associated with increased familial obligations rather than personal autonomy as in the West (Grey, 1973).

Having a child and especially a son (as they are considered as help in old age) helps a woman climb up the ladder of respect she receives. The young wife has to face rivalries towards her mother-in-law for her son's affections as she enters and becomes a part of the new family. It is easy for the husband to unconsciously keep his incestuous fantasies of the female members of the family separate if the new wife is not very easily accepted by the husband's family (Seth & Roland, 1991).

In the west, the model of classical psychoanalysis pertains power as children are raised up in a relatively similar way and thus intrapsychic internalizations of the early mother-child relationship and the ego development have been quite similar in the west. The generalizations based on patterns of the drives at each psychosexual stage are closely related to the complex nature of the mother-child emotional relationship and superego dictates (Roland, 1991).

Bibliography

1. *Roland A.* Sexuality, the Indian Extended Family, and Hindu Culture // *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 1991. 19. P. 595–605.
2. *Kakar S.* The Inner World: A Psychoanalytic Study of Childhood and Society in India. Oxford University Press, Delhi. 1978.
3. *Roland A.* In Search of Self in India and Japan: Toward a Cross-cultural Psychology. Princeton University Press, Princeton. 1988.
4. *Kakar S.* The maternal-feminine in Indian psychoanalysis, *Int. Rev. Psychoanal.* 1989. 16. P. 355–362.
5. *Kakar S.* Observations on "the Oedipal alliance" in a patient with a narcissistic personality disorder // *Samiksa.* 1980. 34. P. 47–53.
6. *Ramanujan A. K.* Is there an Indian way of thinking? Unpublished paper presented at A. C. L. S./S. S. R. C. // Workshop on Mythology and Hierarchy, Chicago, September 1980.
7. *Courtright Paul B.* Gaṇeśa: Lord of Obstacles, Lord of Beginnings. New York: Oxford University Press. 1985.
8. *Grey A.* Oedipus in Hindu dreams // *Contemp. Psychoanal.* 1973. 9. P. 327–355.

ASSOCIATIVE IDENTITIES THERAPY. A UNIFIED MODEL FOR THE DEVELOPMENT AND TREATMENT OF PSYCHOPATHOLOGIES OF THE XXI CENTURY

**Chan E. W., FMAPsy, FMCBTA, FECARE, PMMSCM, PhD (Psychology),
Principal Consultant Psychologist International Psychology Centre
Psychology.com.my**

Abstract

The disease theory of Multiple Personality Disorder is that unhappiness in adulthood stems from trauma in childhood (Cleaves, Hernandez, & Warner, 1999) and the trauma is so severe that the individual creates multiple identities to cope with it (Spanos, 1994) whereby several distinct states of mind or personalities reside in one body. Each of these personalities has its own sense of self and has its own habits of thought, emotions, and memory.

Unlike Multiple Personality Disorder, which is more like a disease, where a person has it or does not have it, most professionals feel that dissociation ranges from a “normal” state, daydreaming, to more pathological forms (Waller, Putnam, & Carlson, 1996). It has been thought that Dissociative Disorders are rather rare but dissociative experiences are very common (Kihlstrom, Glisky, & Angiulo, 1994).

Stone (1993, 2000) theorised that dissociative personalities or identities are in fact normal and everybody has these multiple personalities but only some people are aware of most of their multiple personalities whilst most people have less awareness of most of their multiple identities.

This keynote presentation will make a distinction between disassociative identity disorder and disassociative identity personalities; formulate a unified theory for the development and treatment of specific psychopathologies based on disassociative identity personalities: associative identity therapy.

Depression, anxiety disorders, insomnia, psychosomatic disorders, relationship intimacy disorder and others as specific psychopathologies will be used as case formulations: e.g. depression is seen as the expression of a depressed identity dominating other identities of the depressed patient. Associative identity therapy aims to increase the patient’s awareness of his other identities, especially the opposite of his depression identity thereby reducing the dominance of his depression identity and thus curing the patient from depression.

The Cause of Psychopathologies.

In order to treat psychopathologies we need know their causes; we need to have a theory of psychopathologies which may need to be somewhat different from previous theories if we are to have a more effective form of treatment.

The cause of psychopathologies is linked with the development of personality and the pivotal role

that vulnerability plays in each of our lives. We are all born totally vulnerable and, in our early years, we must be cared for by other people. Our very lives depend upon this. Therefore, we begin, as early as possible, to develop a personality that will help us to protect this vulnerable core, this inner child that lives within each of us. This inner child is with us forever. It never grows up and we are always responsible for its well-being.

The way we take care of this child is a major factor in determining the kind of personality we develop and the type of psychopathologies we acquire.

Very early in our lives an “identity” begins to develop to protect this child, an identity that we call the Protector/Controller. It looks around and begins to determine what behavior is safe for the child and what behavior is likely to bring physical or emotional pain. It notices what behavior is rewarded and what is punished. It figures out the roles of the world around us so that this world is predictable and makes sense, and sets up an appropriate code of behavior for our specific environment. When it is functioning appropriately it changes its rules to accommodate any new input. It helps to keep life coherent, and is basically rational in nature. It becomes the Operating

Ego or the cornerstone of our personality. Along with the other primary identities that develop to support it, it represents who we are in the world.

As time moves on, other parts of the personality develop, each contributing its favor to this Operating Ego. A Pusher may develop to make sure we get done what has to be done- and more besides. If it pushes hard enough then we will be so successful that no-one can criticize us or attack us. A Pleaser generally develops that makes sure we are nice to people and thus our child remains safe. An Inner Critic develops to keep us living properly according to the laws of this Protector/ Controller, or, perhaps, an inner Rule Maker. Each of these identities develops in relationship to, and under the aegis of, the original Protector/Controller. Together they comprise what is known as the primary identities system and it is this primary identities systems that defines who we are in the world to ourselves and to others.

What is generally seen as “the ego” or as one’s personality in general, is basically the Protector/Controller and the primary identities around it. By definition, the job of the ego is to provide a good executive function for the psyche. It needs to make choices, like a good CEO. It needs to drive our psychological car, to attempt to bring order to the conflicting parts of the psyche. If, however, the ego is the Protector/ Controller in conjunction with the Pleaser and Pusher and Rational Identities, then the choices made in life come from the consciousness and basic psychology of these particular identities that comprise this Operating Ego. It is this Operating Ego that is spiritually oriented disciplines are trying to eliminate when they advise us to eliminate the ego so that our spiritual development can proceed. This domination by the primary identities which make up the Operating Ego means that there will be contrasting identities of equal and opposite energy that are disowned or repressed. For instance, if the Protector/Controller has helped a man develop a strong Pusher in order to make him successful in the world, on the other side will be a less developed or even a disowned system of identities associated with playfulness, relaxation or lack of ambition.

The primary identities vary from family to family, culture to culture, and can even change in the course of our lives. The most common personality developed in our culture is one in which there is a strong Protector/ Controller, and vulnerability has been largely disowned. In this way, the primary selves allow an individual to operate in the world with authority and power and one is less likely to be hurt or victimized. These primary identities are the identities that we identify with. The identities that lose out in this process are ones that have to do with vulnerability, sensitivity, shyness, “being” (rather than “doing”), and the expression of real feelings and emotions which make intimacy possible. These are the identities that are seen as subversive and possibly even dangerous by the more powerful primary identities and which are disowned. And it is the disowning of these identities that lead to the development of our psychopathologies.

Case history for Depression, Anxiety Disorder, Insomnia and Psychosomatic migraine. Joan is a

33 year old woman very much identified with her mother role in life. She took on this role as early as three years of age, a fairly common pattern in dysfunctional families. She was always available to people and doing things for them and never gave priority to her own needs. Her Responsible Mother Identity and Pleasing Daughter were primary and her Selfish Identity and her Vulnerable Child were both disowned. How is Joan to ever know that she has these disowned identities? Her concept of herself or Operating Ego is this Pleasing Daughter and Responsible Mother. This is also how she is seen by the world around her. She feels basically secure in her identification with this role. It is true that she has migraine headaches and is not sleeping well at night, and that her marriage has also suffered. Since her primary identities determine her perceptions of the world, however, she would not connect the actions of these identities to any of her psychopathologies.

The primary identities are the window or the glasses through which each of us sees the world. They represent our Operating Ego until we do the therapeutic work that separates us from their limited reality and thus give birth to what we term as a new Aware Ego: Associated Identities Therapy. This Aware Ego is constantly separating from the primary identities and thus becomes able to embrace them, and the disowned identities on the other side, without being identified with either. To the extent that we cannot do so we suffer from various psychopathologies: insomnia, depression anxiety, migraine as in the case of Joan and intimacy difficulties disorder as in the case of John below.

Treatment of Psychopathologies: Associated Identities Therapy

All consciousness work at some level is working with primary and disowned identities. Discovering the primary identities is difficult since they represent who you are in the world and the way to discover your primary identities is to begin by discovering your disowned identities; your path to your healing from your psychopathologies.

Just take a moment and ask yourself the following questions. Who is it in your life that pushes your emotional buttons? Whom do you judge? Conversely, who is so wonderful that you are a mere nothing in comparison? If you can discover and isolate the quality or qualities that push your buttons negatively, or that you overvalue positively, then you have one or more of your disowned identities available to you.

Generally speaking, we are very negatively related and judgmental towards people who carry our disowned selves or, on the other hand, we are fascinated by them. Whatever the case, and of this you may be sure, life will bring our disowned selves to us repeatedly until we are able to claim them as our own.

One of Joan's disowned selves is carried by people who are selfish and think only of themselves.

Her brother and her mother live this self out for her; they are both teachers for her. She has much conflict with both of them and will continue to do so until she is able to separate from her Pleasing Daughter and learn to embrace it and the Selfish Self, on the other side,

without being identified with either one. Only then will she heal herself from her depression, anxiety, insomnia and migraine.

John is a successful surveyor. He has the reputation of being tough but fair. He hates "wimps." A "wimp" is someone who is weak and vulnerable and who cannot take care of himself or herself. A wimp cries a lot and always seems to be victimized by the world. Unfortunately, John's daughter fulfills all of these requirements. John is very hooked into her because she suffers terribly at school and with her brother, Ben who always bullies her. Everyone seems to take advantage of her. In his growing years George had parents who were very strict with him, especially his mother. George's Protector/Controller pulled in a strong group of selves to make up a powerful operating ego. These included a Pusher, a Money Maker, an Ambitious self, a Perfectionist, a Controlling Father self, and a very strong Power Broker. Vulnerability, weakness of any kind, shyness, all became an anathema to these primary selves. However, every disowned identity returns to haunt us in our life over and over again. We marry them, our children live them out, they become our business partners, or our enemies. John's daughter lives out all of his disowned material. Until John is able to separate his aware ego from his primary identities, he will never be able to learn to honor his multiple identities on the other side and, perhaps in that process, free his daughter from her role as the family victim.

In the meantime John suffers difficulties in establishing intimacy in his relationship.

These disowned identities present each of us with an unparalleled opportunity to learn, heal from our psychopathologies and to grow. We must, however, stand back from the people in our lives that cause us pain and stress and recognize them as teachers that are essential for our own personal development. The greater the hatred and judgment, the more powerful is the disowned identity operating within us.

Joan hates powerful, dominating women. She sees herself as being more loving and compassionate. Her system of primary identities developed as a reaction formation against a forceful and dominating mother. Now she hates aggressive, dominating women such as one of her bosses. We may be sure that life will bring her a series of aggressive dominating women for her to fight with and suffer over until she learns the lessons of disowned identities. Her boss is such a person. Jane says, "I just can't stand her."

Embracing and honoring a disowned identity does not mean that one needs to become that identity. It simply means that one must disengage from the primary identity system and learn to honor the identities on the other side. It is not necessary to try to change one's behavior or to become somebody different. One need simply say something like, "Look I recognize you. You terrify me and I cannot let you take over my life, but I do know that you are there and I will be aware of you and I will listen to your words. I will feel your feelings and I will honor you as best I can." When disowned identities first come out, they are often absolute terrors.

Once they are out, however, we find that what they want is to be acknowledged, to be honored, to be listened to and taken seriously, just in the same way that you and I need to be taken seriously.

This, of course, is the crux of the matter. These identities are like real people with their own identities. They inhabit our bodies, but they are real entities. When they are ignored, they get nasty and they become vindictive towards us. The longer and deeper that they are imprisoned, the crazier they tend to become so when they finally emerge it is often in a very primitive form, “proving” for the primary identities that they were properly disowned in the first place! If one has been forced to disown natural instinctual energies as most of us have, these energies build up power in the unconscious and become frightening, perhaps even destructive. In this disowned state, they may develop unnatural power over us. They become our hated enemies. In their extreme forms, we sometimes refer to them as “demonic.”

A priest has disowned his sexuality over many years. In the course of his therapy, he dreams that he is trying to wrestle a drunk penis into the cold shower. His sexuality was not drunk to begin with. It was just sexuality. Disowned over time, the sexuality acquired greater and greater energy and became more difficult to control. In a few years, if nothing were to change, we can probably assume that it would no longer be manageable and then there might well be a more serious consequence of this disowning process and further psychopathologies develop. We recently have seen this process lived out by a number of television evangelists whose disowned identities exploded into public prominence and caused no end of discomfort for everyone. And catholic priests abusing vulnerable children.

Does this mean that our minister has to live out his sexuality in the world? Not necessarily so. It means that he has in him feelings and a voice that wishes to express those feelings. He must separate the aware ego from the Protector/ Controller and its friends and begin to embrace both sides. He has to learn to live with his Monk and with Dionysius. He must learn to honor both identities and what they represent. What he will actually do to honor these energies is his to decide. Hopefully, he will have an aware ego making his decision for him.

Honoring one's multiple identities does not mean letting them take over one's life. If someone is very constricted and suddenly discovers the freer, more flowing selves, our job as associated identities psychotherapists is not to support the new flowing selves against the constriction of the more traditional selves. All this would do is substitute one extreme for the other. This is an extremely critical issue in new age consciousness. Our experience is that the more conservative and constricted side of our nature has become a disowned identity for most people involved in consciousness work. In the attempt to grow and change, one's back gets turned on our origins, our basic conservatism. This disowned conservatism is then projected back onto the society that is seen quite judgmentally as being constricted and negative. Though the perception may have some accuracy, the judgment behind it does not help things in any way.

None of us can be saved from the reality of our disowned multiple identities. There is nothing pathological in this situation. Each of us at this moment is identified with a primary identity system and each of us has a disowned or less- owned identity system that is operating. No amount of psychological work can save us from this condition. The unconscious is unconscious! Wisdom is, at least in part, the knowledge of this reality. And what a relief we can experience if we truly accept this!

The Psychology of multiple identities. The Psychology of Identities is basically a way of viewing the evolution of consciousness in an individual. Consciousness is not a goal to be reached by a process that is embraced. There are three distinct aspects of the consciousness process. These are: awareness; experience of identities; and the aware ego.

1. Awareness is a point of reference that allows one to view with objectivity whatever is happening inside or outside of identities. There is no judgment and there is no attachment as to how one should be in the world. There is just the act of witnessing what actually is in one's world.

Awareness is simply a point of reference, a place of pure insight. It is not an action state.

2. The actual experience of different identities of energy patterns. The experience of anger is different from the awareness of anger. If one experiences anger and has no awareness of it, then one remains locked into this affective state and consciousness cannot evolve. One would then suffer from anger management disorder. On the other hand, if one has an awareness of anger with no experience of it, then one remains locked at an awareness level and consciousness cannot proceed. This could well be why god needs to create man; ie: to have experience rather than just consciousness!

This is the reason why so many strong meditators that we see in clinical practice often have no relationship to their passions. They define consciousness as awareness and reject that act of experiencing the emotions. By the same token, individuals who have worked with a therapist or teacher who identify expression of emotions as the fundamental transformational path, may remain locked into the emotional plane, forever reacting emotionally with no ability to disengage anytime from the emotions. Both are necessary—awareness and experience.

3. The third component of consciousness is the process of the aware ego. Historically speaking, the ego has always been defined as the executive function of the psyche, the choice maker. This definition is as good today as it was at the beginning of the century. There is a difference between the operating ego and the aware ego. The aware ego grows little by little as it is able to separate from the primary identities and learns to embrace the opposing disowned or less developed system of identities.

The aware ego, unlike awareness, is an action state. The action may be directed towards the world or it may simply be the ability to hold and live with the tension of opposites.

Healing from psychopathologies. The exploration and mapping of the psyche— particularly its darker and more frightening corners—brings amazing new insight and excitement to our lives. Knowing the terrain within us lessens our fear and vulnerability and enables us to see both the opportunities and the dangers in life more clearly. Integrating new identities brings much added richness to our experiences. Replacing an operating ego with an aware ego gives a surprising number of choices in life where before there was none.

All therapy and growth forms are working at some level with these different identities. And this is the theory of Associated Identities Therapy. There is no end to the identities that can be contacted by this method. If they feel treated with respect and honor, and that the therapist is treating them as real entities, these identities

open up in the most remarkable ways. This therapeutic technique, which can be used by a wide variety of individuals, both professional therapists and layman alike, is the theory and practice of Associated Identities Therapy.

The discovery of the multiple identities that inhabit the psyche and run our lives without our knowledge is the number one task of consciousness. It is only by truly assuming responsibility for our multiple identities that we can stop seeing them in other people. After all, those many people out there that we judge and hate and over-value are direct expression of our disowned identities. By claiming all of our heritage, we naturally must view our fellow humans with greater compassion and understanding and accept our share of responsibility for both our psychopathologies and the well-being of our multiple identities.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД ЭКОНОМИЧЕСКОГО, СОЦИАЛЬНОГО И ДУХОВНОГО КРИЗИСА

Чугунов Д. Н., к. псих. н., психолог,
Клиника реабилитации,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

Аннотация

В статье представлены актуальные направления психотерапевтической помощи в период глобальных изменений в рамках интегративно-развивающей модели. Представлен краткий анализ возникающих психологических сложностей в этот период, а также психотерапевтические способы для их коррекции.

Ключевые слова

Психотерапия, деморализация, адаптация, выход из кризиса, новые смыслы, рефрейминг.

FEATURES OF THE PROVISION OF PSYCHOTHERAPEUTIC CARE DURING THE PERIOD OF ECONOMIC, SOCIAL AND SPIRITUAL CRISIS

Chugunov D. N., PhD (Psychology), Psychologist,
Rehabilitation Clinic,
Saint Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article presents the current trends in the psychotherapeutic support in the period of global changes in the framework of integrative developmental model. A brief analysis of emerging psychological difficulties during this period, as well as therapeutic methods for their correction are provided.

Key words

Psychotherapy, demoralization, adaptation, recovery from the crisis, new meanings, reframing.

Настоящее время характеризуется целым рядом макро- и микро-событий в различных областях и сферах, неизбежно затрагивающих жизнь современного человека. С точки зрения принятой био-психо-социально-духовной модели, кризис затронул каждый уро-

вень. Вот лишь некоторые примеры: на биологическом уровне — распространение инфекционных смертельно-опасных заболеваний (мутации гриппа, ВИЧ, лихорадка Эбола и др.), вопросы, связанные с активным вмешательством человека в процессы есте-

ственного отбора (клонирование, генная модификация и пр.), техногенное изменение среды обитания (пища, качество воды и воздуха, и пр.). На психологическом уровне — ускоряющийся темп жизни, потеря идеалов, противоречие между амбициями, сложившейся культурой потребления и реальными возможностями, и др. На социальном уровне — вопросы неравенства и дискриминации, сложности построения коммуникации и понимания, продолжающийся кризис семьи, социальные эпидемии, беспрецедентная массовая миграция. Духовный кризис: смешение культур и размывание границ дозволенного, преобладание материальных интересов и ценностей. Политическая обстановка в мире. Большое количество изменений, происходящих за короткий период времени вызывают напряжение адаптационных механизмов; а такие актуальные вызовы как угроза терроризма, обилие негативной информации, свободно распространяемой СМИ, социальные эпидемии жестокости и насилия [3] провоцируют совокупность антиресурсных конфронтационных моделей поведения, включая чувство слабости и незащитности, регрессию и вынуждают заново решать базовые вопросы безопасности, доверия другим людям и окружающему миру. В психологии личности принято считать, что любые внешние обстоятельства воспринимаются через внутренние условия, поэтому особенно уязвимыми оказываются лица с преморбидно заостренными личностными чертами, имеющие пограничную личностную организацию.

В процессе своего развития человек «застает» и включается в окружающую среду своего обитания, и либо приспосабливается к ней, либо каким-то образом ее меняет. На этот процесс существенно влияют особенности ассоциации и идентификации с данными условиями, которые в зависимости от имеющихся ресурсов могут субъективно восприниматься как сложные или простые. Указанные выше факторы могут действовать независимо друг от друга или одновременно, кумулятивно усиливая свои негативные эффекты. В литературе уже описан феномен деморализации по Frank Jerome [3], которая переживается как чувство несостоятельности и потери контроля в период дистресса и кризиса. В случае внутренней идентификации с внешними сложностями и эмоциональном вовлечении в происходящие негативные события, требуется профессиональная психотерапевтическая помощь. Джозеф Кемпбелл в своей работе «Тысячеликий герой» [4] описал возможные варианты индивидуальной судьбы главного героя в процессе жизненного путешествия и разрешения препятствий, которые ранее казались непреодолимыми. Причем, в различных культурах и сообществах в разные времена люди решали похожие вопросы: отношения, эмоции и чувства, глубинные смыслы, преодоление сложностей, отношения с богами или могущественными силами. Глубинные архетипические способы решения жизненных сложностей нашли свое отражение в мифах и легендах, дошедших до нас из глубокой древности [5]. Для построения адекватной психотерапевтической модели представляется важным ана-

лиз механизма узнавания, включения и идентификации (а иногда и конфлюэнтного слияния) внутренних разрушительных конфликтов, противоречий, незавершенных ситуаций развития, а также глубинных эсхатологических страхов с одной стороны и действительно актуальных сложностей внешних ситуаций с другой стороны. В случае такого узнавания даже простые бытовые трудности могут восприниматься на психологическом уровне как неразрешимые проблемы, вторично негативно влияющие на психоэмоциональное состояние человека. В этом случае, метауровень психотерапевтических интервенций должен содержать метафорическое разрешение переживаний «конца света», «остановки мира», разрушения и деморализации через отреагирование негативных переживаний и восприятия имеющихся сложностей более объективно (например, как естественные конъюнктурные колебания), то есть в оценке ситуации происходит когнитивное переключение: «это не внешний мир рушится, а я внутренне страдаю», «да, очень тяжело, но это еще не конец света». Ассимиляция катастрофических проекций позволяет вновь обрести контроль над ситуацией, и тогда окружающий мир воспринимается не как страшное и угрожающее место, в котором непонятно как жить, а как объективная реальность с ее плюсами и минусами, с которой можно строить новое более продуктивное взаимодействие. И тогда ранее неразрешимая проблема (вплоть до эсхатологических страхов и глубинных экзистенциальных вопросов) становится задачей с возможными вариантами решений. В своей монографии «Путешествие героя» Стивен Гиллиген [1], опираясь в том числе на концепцию Дж. Кемпбелла [4] описывает возможные варианты организации опыта героя, жизнь которого рассматривается как захватывающее путешествие. В трансперсональной психотерапии также описываются системы конденсированного опыта (СКО), которые начинают формироваться во внутриутробном развитии и продолжают разворачиваться в течении всей жизни человека [2]. Варианты переживания актуальных сложностей рассматриваются как типичные для данного человека, однако в каждой следующей ситуации есть возможность для ее улучшения, и если в младенческом возрасте на физическом уровне это не было сделано, в более поздних возрастах может быть найдена подходящая копинг-стратегия.

Содержанием психотерапевтической помощи в период кризиса может быть:

- 1) нахождение точек слияния и идентификации с проблемой на макро- и микро-уровне («Почему именно тебя это так тронуло?», «Как была осознана проблема? О чем это в жизни? Что ранее не замечалось?»). Создание и поддержание более гибкой границы контакта;
- 2) расширение ролевого репертуара поведения в сложных ситуациях, включая внутренние архетипические переживания. Нахождение метафорического ответа на «вечные вопросы» для снижения уровня психоэмоционального напряжения;

- 3) построение оптимального контакта («можно быть разочарованным, но сохранять надежду»), с сохранением ресурсного психоэмоционального статуса (по А. Л. Каткову [3]) с окружающей реальностью;
- 4) психотерапевтическая эксплорация: с любыми проблемами можно и нужно что-то делать, о них можно и нужно говорить. Выражение и отреагирование негативных эмоций для уменьшения психоэмоционального напряжения. Поддержка творческой адаптации;
- 5) «в своих переживаниях ты не одинок». Социальная поддержка от людей, находящихся в похожей ситуации, друзей, родственников, специалистов;
- 6) смещение акцента от полюса проблемы, к внутренним возможностям для ее решения (если нельзя изменить ситуацию, можно изменить отношение к ней). Профилактика позиции «жертвы» обстоятельств;
- 7) рефрейминг (переформулировка) смысла и значения проблемных ситуаций;
- 8) Позитивное действие личностно-ориентированной патогенетической психотерапии. «Не было бы счастья, да несчастье помогло». Именно кризис провоцирует дальнейший личностный рост и развитие. Завершение ранее незавершенных ситуаций развития.

Таким образом, выходом из сложившейся ситуации является повышение адаптационного потенциала за счет указанных моделей возможных экспресс-психотерапевтических интервенций (по А. Л. Каткову) и устойчивого выбора в сторону психического здоровья и благополучия.

Библиографический список

1. Гиллиген С., Дилтс Р. Путешествие героя. Путь открытия себя. Психотерапия, 2012. 320 с.
2. Грофф С. Исцеление наших самых глубоких ран. Холотропный сдвиг парадигмы. Ганга, 2013. 400 с.
3. Катков А. Л. Психологические и психотехнологические основы эффективной самоорганизации. Доклад на V Международном Санкт-Петербургском конгрессе // Профессиональная психотерапевтическая газета. 2015. № 3. С. 9–10.
4. Кэмпбелл Дж. Тысячеликий герой. Питер, 2016. 352 с.
5. Юнг К. Г. Тавистокские лекции. Астер-Х, 2015. 122 с.

ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Шигакова Ф. А., д. м. н.,
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Аннотация

Данное исследование оценивает эффективность групповой психотерапии в реабилитации женщин больных опийной наркоманией. Наши результаты показывают, что женщины лучше реагируют на сеансы краткосрочной групповой терапии состоящей только из женщин, по сравнению с женщинами участвующих в совместных группах. В последующем были выявлены изменения в воздержании от употребления опиатами в исследуемой группе.

Ключевые слова

Женщины, опийная наркомания, краткосрочна групповая психотерапия.

FEATURES OF GROUP PSYCHOTHERAPY OF FEMALE OPIUM ADDICTS

Shigakova F. A., MD,
Tashkent Medical Academy,
Tashkent, Uzbekistan

Abstract

The study presented in this paper assessed the effectiveness of group psychotherapy in rehabilitation of female opium addicts. Our findings suggest that women respond best to short term group psychotherapy consisting of women only as compared to women participating in co-ed groups. At follow up, there was significant change in desire for opiates and abstinence in the study group.

Key words

Female opium addicts, short term group psychotherapy.

Одной из важных проблем современной наркологии является широкое вовлечение в наркотизацию женщин. По мнению ряда ученых наркозависимые женщины в отличие мужчин обладают более ограниченными возможностями (с точки зрения образования, занятости, получения доходов), чаще проживают совместно с партнером, который также является наркозависимым лицом, имеют на иждивении детей и имеют более острые проблемы на начальном этапе лечения [4, 3].

Групповая психотерапия даёт широкие возможности для понимания того, каким образом, личностная уязвимость и соответствующие ей психологические защиты predisполагают индивида к зависимости, её рецидивам [1].

Целью исследования являлось изучение эффективности групповой краткосрочной психотерапии в реабилитации женщин страдающих опиоидной зависимостью.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 72 больных опиоидной наркоманией (48 женщин и 24 мужчины), соответствовавшие критериям DSM-IV опиоидной зависимости, прошедшие детоксикацию в стационаре (не дольше 20 дней) и не принимавшие опиаты в течение 7 дней и более. В исследование включали пациентов, добровольно обратившихся за медицинской помощью.

Исследование было проведено в Республиканском наркологическом центре (г. Ташкент, Республика Узбекистан) в период с 2011 по 2012 гг. Возраст пациентов от 18 лет до 56 лет.

В нашем исследовании мы использовали сеансы краткосрочной групповой психодинамической психотерапии. Особенности реализации метода краткосрочной групповой психотерапии в наркологической практике применительно к лечению кокаиновой зависимости описаны Е. J. Khantzian, K. S. Halliday, W. E. McAuliffe (1990), но мы попытались применить его к лечению героиновой

Все больные случайным образом были поделены на две группы. Исходя из поставленной цели исследования в одном случае группа состояла исключительно из 24 женщин (исследуемая), в другом случае группа была разнородная по полу 24 женщины и 24 мужчин (контрольная), в остальном, медикаментозное лечение, режим отделения и график участия пациентов основной и контрольной групп в комплексной программе медико-социальной реабилитации полностью сопоставимы.

Групповая психотерапия в исследуемой и контрольной группе проводилась, начиная со второго этапа программы реабилитации, после дезактуализации проявлений интоксикации и абстинентных синдромов. Сеансы психотерапии проводились 3 раза в неделю, каждый сеанс начинался в одно и то же время, его продолжительность составляла 60 минут, общее число сессий — 10. Полный курс краткосрочной групповой психотерапии составил 25 дней.

Сеансы краткосрочной терапии на первом сеансе начинались с вводной беседы, в дальнейшем определялись сильные и слабые стороны пациента и его личностный профиль. Пациенты обучались методам релаксации и копинг-поведению (навыки совладения). Давались домашние задания.

Уровень влечения к употреблению опиатов определялся с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) еженедельных опросах участников (шкала от 0 до 100: 0 — нет влечения; 100 — очень сильное влечение), также проводился еженедельный опрос участников исследования по госпитальному опроснику тревоги и депрессии. Оценку показателя состояния здоровья проводилась с помощью наборов теста краткой формы оценки состояния здоровья из 36 пунктов (SF-36 версия).

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, Statistica 6 и Biostat. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитывали с применением логистической регрессии. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 (критерий Пирсона). Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$, а также медианы (Me) и 25 и 75 перцентили (IQR). Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст женщин исследуемой группы составил $33,0 \pm 7,8$ лет; Me 33,0; IQR 28,0–36,3. Возраст женщин контрольной группы — $33,2 \pm 8,8$ лет; Me 32,0; IQR 27,0–36,8, мужчин — $35,5 \pm 7,5$ лет; Me 35,0; IQR 29,8–40,5.

К моменту первичного обследования давность злоупотребления героина составила в исследуемой от 2 месяцев до 22 лет ($6,8 \pm 6,2$ лет; Me 5,0; IQR 0,9–12,0), в контрольной от 4 до 23 лет ($8,4 \pm 6,1$ лет; Me 9,0; IQR 1,7–13,0). Стаж приема наркотика свыше 10 лет имели 45,8% больных. 17 (70,8%) пациентов исследуемой группы используют героин в/в, причем 8 (47,1%) из них только в/в, в контрольной группе 39 (81,3% — ОШ 1,78; 95% ДИ 0,57–5,58; $p = 0,48$), только в/в — 12 (30,8% — ОШ 0,50; 95% ДИ 0,16–1,61; $p = 0,39$).

Анализ оценки качества жизни по данным опросника SF-36 показал, что самые низкие показатели, не превышающие 50 баллов в контрольной и исследуемой группах, отмечались по шкалам: телесная боль (83,3% и 87,5% соответственно) и общее состояние здоровья (50,0% и 41,7% соответственно), которые отражают снижение оценки состояния своего здоровья и дальнейших перспектив реабилитации респондентами, ограничение повседневной физической активности из-за выраженности боли. Низкий общий физический компонент имели 50,0% и 45,8% пациентов соответственно. Через 3 недели после начала курса реабилитации из показателей физического компонента здоровья качества жизни отмечалось достоверное повышение по шкалам телесная боль (BP) — на

26,99%, общее состояние здоровья (GH) — на 20,68% и остальные параметры увеличились, но не значительно.

При анализе составляющих психологического компонента здоровья, установлено снижение жизненной активности у 24(50,0%) и 11(45,8%) пациентов контрольной и исследуемой групп соответственно показатели не превышали 50 баллов. Уровень своих социальных связей 27,1% (контроль) и 33,3% (исследуемая группа) респондентов оценивали как низкий. 35,4% (контроль) и 20,8% (исследуемая группа) считали, что эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность.

Через 3 недели после начала курса реабилитации из показателей психологического компонента здоровья качества жизни отмечалось достоверное повышение по шкале психическое здоровье (MH) — на 15,45%, другие параметры увеличились, но не достоверно.

К концу второй недели курса реабилитации в обеих группах мы наблюдали достоверное снижение патологического влечения к героину, однако в исследуемой группе оно было значимо ниже, чем в контрольной группе.

В начале курса реабилитации существенных различий в интенсивности влечения к наркотику между группами не выявлено (ОШ 0,78; 95%ДИ 0,29–2,08; $p = 0,80$). К концу курса реабилитации число пациентов с минимальным влечением к наркотику в исследуемой группе было достоверно выше (ОШ 3,89; 95%ДИ 1,15–13,1; $p = 0,04$), чем в контрольной группе.

Тестирование по шкале госпитального опросника тревоги и депрессии выявило в начале курса реабилитации у подавляющего большинства больных исследуемой и контрольной групп клинически выраженную тревогу (79,2% и 83,3% соответственно)/депрессию

(97,9% и 83,3% соответственно). К концу 2-й недели курса в исследуемой группе респондентов с клинически выраженным уровнем тревоги/депрессии было недостоверно, но меньше по сравнению с группой контроля (12,5% против 27,1% ОШ 0,38; 95%ДИ 0,10–1,51; $p = 0,27/16,7%$ против 39,6% ОШ 0,31; 95%ДИ 0,90–1,03; $p = 0,09$).

Выводы. Таким образом, у женщин больных опийной наркоманией, получавших сеансы краткосрочной групповой психотерапии в отдельности от мужчин, было отмечено улучшение общего состояния здоровья, снижение патологического влечения к наркотику, а также улучшение эмоционального состояния по сравнению с женщинами, проходившими сеансы краткосрочной групповой психотерапии совместно с мужчинами. Эффективность лечения не зависела от возраста, пола и длительности зависимости.

Анализ полученных сведений после выписки был таковым: ремиссия около 1 года в исследуемой группе женщин наблюдалась у 9 женщин, 7 месяцев — у 8 женщин, через 5 месяцев после выписки 7 женщины возобновили приём наркотиков. Данные контрольной группы были таковыми: ремиссия около 1 года наблюдалась у 5 женщин страдающих опийной наркоманией, 7 месяцев — у 7 женщин, 6 женщин — через 5 месяцев после выписки возобновили приём наркотиков, из контрольной группы — 6 женщин сразу возобновили приём наркотика после выписки из стационара.

Нами выдвинута гипотеза, что женщины получающие сеансы психотерапии проводимые в группах состоящих исключительно из женщин, являются более эффективными, чем сеансы групповой психотерапии проводимые совместно с мужчинами. Применение краткосрочной групповой психотерапии для женщин больных опийной наркоманией, может явиться новым эффективным методом в лечении и профилактики рецидивов опийной наркомании.

Библиографический список

1. Greenfield S. F., Trucco E. M., McHugh R. K., Lincoln M., Gallop R. J. The women's recovery group study: a Stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling // *Drug Alcohol Depend.* 2007. 1(6). P. 39–47.
2. Khantzian E. J., Halliday K. S., McAuliffe W. E. *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers (MDGT)*, New York: Guilford Press. 1990.
3. Lynch W. J., Roth M. E., Carroll M. E. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies // *Psychopharmacology*, 2002. 164 (2). P. 121–137.
4. Murthy P. *Women and Drug Abuse: the Problem in India* (India, Ministry of Social Justice and Empowerment, and United Nations International Drug Control Program, Regional Office for South Asia). 2002.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И АДАПТИВНЫЙ СПОРТ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND ADAPTIVE SPORTS IN MENTAL HEALTH SYSTEM

INCLUSION IN ELITE SPORT FOR ATHLETES WITH INTELLECTUAL DISABILITIES—GOING FOR GOLD

**Burns J., BSc, MSc, PhD, AFBPS, MBE, Professor,
International Sport Federation for Athletes with Intellectual Disabilities
(INAS)/Canterbury Christ Church University,
Canterbury, United Kingdom**

Abstract

This presentation will include a brief history of the inclusion of athletes with intellectual disabilities (ID) in elite sport. I will explain the importance of these athletes competing in integrated competitions, at all levels and how beneficial it is not just for the athletes, but for all people with intellectual disabilities, their families and carers. It is our vision is that athletes with intellectual disabilities across the world have the opportunity to achieve excellence in sport and by achieving this we will change attitudes, create opportunities and be truly inclusive.

Key words

Intellectual disabilities, sport, INAS, Paralympics.

The prevalence of intellectual disabilities across the world varies from 3 to 14 per 1,000 population, depending on economic privilege, cultural understandings and assessment factors (Maulik & Harbour, 2010). It is also estimated that for all those identified there may be, as three times as many people who are not identified who come into the definition, but who are surviving on the fringes of society (Emerson, 2016). It is also known that the health status of these people is often very poor, with rising obesity in high income countries and underweight in low income countries, untreated primary health conditions, and secondary conditions arising from poor life styles, such as diabetes. In addition to physical health care, psychological ill-health is just as prevalent. Not only does this population need to cope with diminished personal and economic resources, but they also need to manage the often prejudicial and stigmatising attitudes of others.

It is in this context that we believe sport can do so much, not just as a therapeutic intervention, alleviating physical and mental health problems, and promoting well-being, but by also being a game changer for other people's attitudes. This is why the organisation 'The International Association of Sport for para-athletes with an intellectual disability (INAS) was formed.

"We are inspired by a belief that an intellectual disability should not be a barrier to enjoying and being the best in sport. INAS' vision is that athletes with an intellectual disability across the World have the opportunity to achieve excellence in sport and high-level competition"
www.inas.org

Many people may be familiar with the Special Olympics, which has done so much for people with ID, but the approach of INAS is different. It is about including those people with ID on the same platform as other able and disabled sports men and women, competing in the same events, under the same rules and applying the same standards, to achieve sporting excellence. The sporting performance is the key pillar within our movement, around which all the other elements are built, such as belonging to a respected community, being identified for what you can do rather than what you can't, opportunities to travel, and develop wide and varied social networks. All of which we know from the social sciences have great positive impact and protection in terms of people's well-being. Whilst focussing on excelling in sport it does not mean that we neglect grass root development. This is where many of our aspiring young athletes come from and we are keen to promote, through

working within mainstream national sports associations and specific disability organisations, inclusive sport at this developmental level. We also organise a range of competition opportunities right through from national, international to global, culminating in an INAS Global Games every four years. We also aim to get our athletes included in mainstream disability sport right through to the Paralympics.

However, developing this pathway of sporting opportunities for athletes has not been easy and we continue to face many challenges. After the Sydney Paralympic games in 2000, there was a major problem when it was discovered that cheating had occurred and athletes had been fielded who did not have ID. This resulted in this impairment group being excluded from Paralympic competition. Such an event had a very serious impact on the organisation and competition generally, with sponsorship, and support falling away. INAS was re-built and robust structures put in place to manage eligibility i.e. to ensure that those who claim to have ID do actually have ID.

This is currently my role as Head of Eligibility for INAS. Previously I have worked as a Clinical Psychologist with people with ID, and working in this sporting context has given me a totally different perspective from my clinical experience. Firstly, unlike many circumstances when individuals would work hard to avoid the label of 'intellectual disability' and the stigma and negative connotations that sometimes go with the label, these athletes see it in a different way, as just a door to go through that opens up many positive opportunities. The identity of 'athlete' becomes their most salient factor, and the issue of the attached disability fades away. This is the same for many of the coaches accompanying these athletes. The other major difference is in how these young people present themselves. Coming from a clinical background it was clear my perspective of what it means to have ID had been coloured by the problems they were dealing with, such that I believed that this was what ID meant. Spending time with these athletes, who are disciplined, professional, motivated and very skilled at what they do, led me to re-appraise my views of what ID actually is, and how so much of the problems commonly associated with ID have nothing to do with the core impairment, but are purely a consequence of poor life opportunities.

Working in this area has also led me to question what 'intellectual disabilities' are in other ways. Firstly, just in terms of definition. To be able to set firm criteria and procedures to establish if an athlete is able to compete under the category 'intellectual disability' and this to be applicable across the globe, one has to agree on a definition and entry criteria. We do this by applying the World Health Organisation, ICD-10 definition and assessment procedures. However, it is still difficult for some countries, especially within those less economically advantaged to meet these standards, where psychology services are not developed and there may not even be the tests to make such assessments, or indeed the 'construct' of ID simply just does not exist in the same way as Westernised thinking.

Eligibility is not the only area that requires a good understanding of what it means to have an ID. Since ID athletes left Paralympic competition in 2000 and their re-inclusion in London in 2012, the International Paralympic Committee (IPC) introduced compulsory classification. The purpose of classification is to ensure that competition is fair and those with similar abilities compete against each other, so that winning is down to superior skill, effort and training and not level of disability. The first stage of classification is to ensure that the disability impacts upon the performance of the sport, if it does then the athlete may be considered for Paralympic competition, if not then they could enter Olympic competition. To illustrate this, a most recent example is Zahra Nemati, who is confined to a wheelchair, but she was the flag bearer at the opening ceremony for the Rio 2016 Olympics. Zahra competes in archery and her disability has no impact on her ability to play that sport at an elite level.

The introduction of classification raised some very interesting scientific research questions for us to answer, namely 'does having an ID impact on playing the specific sport? Secondly, 'if it does, how does it impact?' Once these questions were answered a classification process needed to be built to classify athletes with ID as being sufficiently impaired or not to compete in that specific sport in the Paralympics. Very little research had taken place in this area and it required starting from the beginning. A research group was formed between INAS and the IPC and we brought together researchers from multiple disciplines and across the globe. Three sports were chosen upon which to focus; table tennis, swimming and athletics, including the 1500m, shotput and long jump. The first question was relatively easy to answer as whilst we had very well trained athletes who had been competing for a long time, they were not performing as well as non-ID athletes according to the world records and even our best athletes could be beaten by national level non-ID competitors. However, the question remained to show how ID affected the ability to play sports.

To examine this, we looked closely at the discrete cognitive skills used in sports performance. Within the mainstream literature we found that there were a number of specific skills instrumental in playing all types of sports, e.g. reaction time, and short-term memory. However, there were also some complex cognitive skills required for some sports, for example pacing is required for running the 1500m, which involves bringing together time and velocity perception with self-monitoring and accurate adjustment. Hence, we developed two batteries of tests. One was a set of established psychological tests which measure discrete cognitive skills which can be done on the computer or table top tests. This is called the 'Generic Cognitive Battery'. Another set of sports specific tests were then developed to measure more complex cognitive skills associated with the specific sport. So for example a test of pacing for the 1500m, and a test of anticipation and response accuracy for table tennis. This work formed the evidence behind the ID classification system being accepted by the IPC and influenced the vote to re-include athletes

with ID in London 2012, where 118 ID athletes competed, alongside all the other Paralympians, representing 28 different countries. The research also won the UK Research Council's Gold Podium Award for 'most exceptional research'.

This sporting movement has brought many things to the area of intellectual disabilities. However, for me it is not just the athletes with ID competing in the London or

Rio Paralympics, for whom it will be life changing, but their families, coaches, teachers, friends and peers who will be inspired to simply 'have a go at playing sport'. At the more global level research suggests that the Paralympics is watched by 60 million people. Those 60m people will see athletes with ID do amazing things, and hopefully this will raise some questions in their minds about what an ID is and challenge some beliefs.

Bibliography

1. *Emerson E.* The Physical Health of British Adults with ID: A cross-sectional study. Paper given at the IASSIDD World Congress, Melbourne. 2016.
2. *Maulik P.K., Harbour C.K.* Epidemiology of Intellectual Disability // *Stone J.H., Blouin M. (Eds.)*. International Encyclopedia of Rehabilitation. 2010.—<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144/>

МЕТОДЫ ПРИБОРНОЙ ОЦЕНКИ И ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СПОРТСМЕНОВ ПАРАЛИМПИЙСКИХ КОМАНД РОССИИ

**Воробьев С. А., к. п. н., доцент, Коротков К. Г., д. т. н., профессор,
Короткова А. К. к. псх. н.,
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт физической культуры»,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Аннотация

Для оценки психофизиологического состояния спортсменов в СПбНИИФК разработан и широко используется ряд оригинальных методов, в частности, метод газоразрядной визуализации. Для коррекции психологического состояния спортсменов используются методы аутотренинга, светозвуковой стимуляции, биологической обратной связи и релаксации под влиянием сигнала крайне высоких частот. Исследования показали высокую эффективность сочетанного применения указанных методов.

Ключевые слова

Оценка психофизиологического состояния спортсменов; метод газоразрядной визуализации; аутотренинг; светозвуковая стимуляция; биологическая обратная связь.

METHODS OF INSTRUMENTAL ASSESSMENT AND IMPACT ON THE PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATE OF ATHLETES OF RUSSIAN PARALYMPIC TEAMS

**Vorobiev S. A., PhD (Pedagogy), Korotkov K. G., Sci. D. (Engineering), Professor,
Korotkova A. K., PhD (Psychology),
Saint Petersburg Research Institute of Physical Culture,
Saint Petersburg, Russian Federation**

Abstract

To evaluate the psychophysiological state of athletes, the Saint Petersburg Research Institute of Physical Culture developed, a number of original methods which are being widely used, in particular, gas discharge visualization technique. For improving the psychological state of athletes, stress management techniques, light and sound stimulation, biofeedback and relaxation under the influence of extremely high signal frequencies are being used. Studies have shown high efficiency of the combined use of these methods.

Key words

Assessment of psychophysiological state of athletes, gas discharge visualization technique, auditory training, light and sound stimulation, biofeedback.

Проблема оценки и коррекции психофизиологического состояния спортсменов является принципиально важной для достижения высоких спортивных результатов при сохранении здоровья спортсменов. Исследования в этом направлении в течение многих лет проводятся в ФГБУ СПбНИИФК [1, 2, 5], что способствовало созданию ряда методов, активно используемых в спорте высших достижений [3–5, 7].

Человек является сложнейшей энергоинформационной структурой, на его психофизиологическое состояние оказывают воздействие множество факторов окружающей обстановки: эмоциональное и/или физическое истощение, неправильное питание, перетренированность, а также, факторы, казалось бы, не связанные с его профессиональной деятельностью, например, неурядицы в личной жизни и т. д. Поэтому, даже у высококвалифицированных спортсменов случаются неудачные выступления. Метод газоразрядной визуализации (ГРВ), активно развиваемый в последние годы [1–7], позволяет оценивать психофизиологическое состояние спортсменов. Эти особенности метода ГРВ делают его неоценимым диагностическим инструментом в спорте. К другим преимуществам метода ГРВ относятся: простота использования, высокая экспрессивность и неинвазивность, что является, несомненно, важным в условиях как тренировочного, так и соревновательного процесса, а также не оказывает негативного воздействия на психоэмоциональное состояние спортсменов, в сравнении с традиционными и сложными лабораторными исследованиями.

Проводимые в ФГБУ СПбНИИФК исследования отражают аспекты работы, которые следует обозначить как психофизиологическая поддержка спортсменов при подготовке к ответственным соревнованиям (паралимпийские игры, чемпионаты мира, этапы Кубка мира и т. д.). Такая поддержка направлена на решение следующих базовых задач:

1. оценка нейродинамических характеристик (свойства нервной системы, типы высшей нервной деятельности) с целью прогноза природных психологических особенностей спортсмена (интеллект, индивидуальный стиль, устойчивость к неблагоприятным факторам, волевые особенности, психомоторика), что является важным для формирования оптимальной модели тренировочной и соревновательной деятельности спортсменов;
2. мониторинг психофизиологического состояния спортсменов на всех этапах подготовки, своевременная коррекция состояний средствами психотренинга, развивающего способность спортсменов к саморегуляции психофизического состояния, чему психофизиолог, работающий с командой, должен обучить спортсменов на как можно более ранних этапах подготовки к ответственным соревнованиям;
3. контроль и оценка эффективности занятий психотренингом для своевременного внесения соответствующих поправок в процесс совершенствования навыков саморегуляции, направленных на ускорение процессов восстановления после тренировочных и соревновательных нагрузок, а также на произвольное регулирование психофизических состояний до, в ходе и после соревновательной деятельности.

Проблема оценки и коррекции психофизиологического состояния спортсменов является принципиально важной для достижения высоких спортивных результатов при сохранении здоровья спортсменов. Исследования в этом направлении в течение многих лет проводятся в ФГБУ СПбНИИФК [1, 2, 5], что способствовало созданию ряда методов, активно используемых в спорте высших достижений [3–5, 7].

Человек является сложнейшей энергоинформационной структурой, на его психофизиологическое состояние оказывают воздействие множество факторов окружающей обстановки: эмоциональное и/или физическое истощение, неправильное питание, перетренированность, а также, факторы, казалось бы, не связанные с его профессиональной деятельностью, например, неурядицы в личной жизни и т. д. Поэтому, даже у высококвалифицированных спортсменов случаются неудачные выступления. Метод газоразрядной визуализации (ГРВ), активно развиваемый в последние годы [1–7], позволяет оценивать психофизиологическое состояние спортсменов. Эти особенности метода ГРВ делают его неоценимым диагностическим инструментом в спорте. К другим преимуществам метода ГРВ относятся: простота использования, высокая экспрессивность и неинвазивность, что является, несомненно, важным в условиях как тренировочного, так и соревновательного процесса, а также не оказывает негативного воздействия на психоэмоциональное состояние спортсменов, в сравнении с традиционными и сложными лабораторными исследованиями.

Проводимые в ФГБУ СПбНИИФК исследования отражают аспекты работы, которые следует обозначить как психофизиологическая поддержка спортсменов при подготовке к ответственным соревнованиям (паралимпийские игры, чемпионаты мира, этапы Кубка мира и т. д.). Такая поддержка направлена на решение следующих базовых задач:

- 1) показатели энергетического потенциала (ЭП) и уровня стрессового фона (СФ) отражают процесс психофизиологической адаптации спортсменов к высокогорью в предсоревновательный и соревновательный периоды и могут служить прогностическим фактором для оценки соревновательной успешности спортсменов: высокий уровень ЭП и низкий уровень СФ служат индикатором и отражают один из факторов психофизиологической готовности спортсмена к выступлению на соревнованиях;
- 2) существует такой типологический комплекс свойств нервной системы (условно положительный), при наличии которого наблюдается более высокий уровень адаптации к тренировочным и соревновательным нагрузкам по данным ЭП и СФ в условиях высокогорья;
- 3) эффективность светозвуковой стимуляции выше, чем аутотренинга на всех этапах подготовки, особенно на последнем, наиболее трудном, где отмечена высокая эффективность также и сочетанного применения обоих методов.

В тренировочном периоде подготовки спортсменов специалистами ФГБУ СПбНИИФК осуществляется программа психических тренировок, предполагающая систематические занятия как под руководством специалиста (психофизиолога), так и самостоятельные занятия спортсменов (аутотренинг, внушенный отдых, светозвуковая стимуляция, их сочетанное применение). При этом в условиях тренировочных мероприятий, в процессе каждого психотренинга, проводимого специалистом, проводится оценка его эффективности, позволяющая одновременно контролировать процесс совершенствования способности спортсменов к саморегуляции психофизического состояния.

Примером успешного влияния разработанных методов на результативность выступления спортсме-

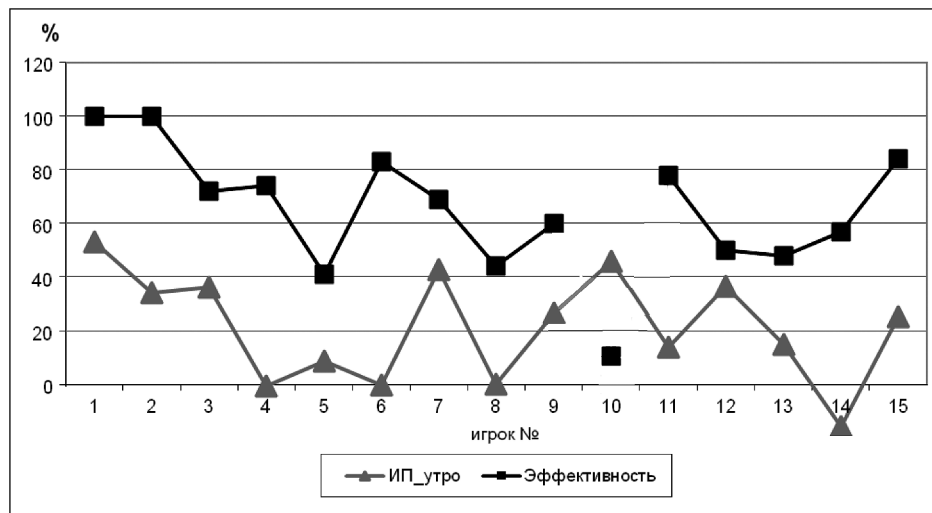


Рис. 1. Сопоставление параметров интегрального показателя (ИП) психофизиологической готовности 15 спортсменов сборной команды России по хоккею-следж и эффективностью их выступления на матче Норвегия—Россия на турнире 13–16.01.2014

нов является высокая корреляция между параметрами психофизиологического состояния и эффективностью соревновательной деятельности. Для примера на рис. 1 приведено сопоставление параметров интегрального показателя (ИП) психофизиологической готовности индивидуальных спортсменов и эффективностью их выступления в составе сборной команды России по хоккею-следж на матче Норвегия—Россия на турнире 13–16.01.2014. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена, рассчитанный без учета данных спортсмена № 10 (первое выступление

спортсмена в составе сборной команды России), показал статистически значимую корреляцию этих данных. Аналогичные результаты были получены для результатов 6 других матчей, сыгранных на этом турнире.

Приведенный пример показывает, что при использовании методов анализа и коррекции состояния спортсменов, разработанных и используемых специалистами ФГБУ СПбНИИФК, можно существенно увеличить уровень соревновательной готовности спортсменов.

Библиографический список

1. Бундзен П. В., Загранцев В. В. и др. Комплексный биоэлектрографический анализ механизмов альтернативного состояния сознания // Физиология человека. 2000. Т. 26. № 5. С. 59–68.
2. Бундзен П. В., Коротков К. Г. и др. Инновационные процессы в развитии технологий психической подготовки и психодиагностики в олимпийском спорте // Теория и практика физической культуры. 2001. № 5. С. 12–18.
3. Дроздовский А. К. и др. Психофизиологические факторы, способствовавшие успешному выступлению лыжников и биатлонистов на паралимпийских играх Сочи-2014 // Адаптивная физическая культура. № 5(58). 2014. С. 13–15.
4. Дроздовский А. К. и др. Особенности психофизиологической адаптации паралимпийцев к высокогорью и их связь со свойствами нервной системы // Адаптивная физическая культура. 2013. № 4(56). С. 43–46.
5. Коротков К. Г., Короткова А. К. Инновационные технологии в спорте: исследование психофизиологического состояния спортсменов методом газоразрядной визуализации: монография. М.: Советский Спорт. 2008. 278 с.
6. Коротков К. Г., Яковлева Е. Г. Применение метода ГРВ-биоэлектрографии в медицине // Вестник СПбГУ. Сер. 11 Медицина. 2014. Вып. 2. С. 175–188.
7. Drozdovski A. et al. Express-evaluation of the psycho-physiological condition of Paralympic athletes // Journal of Sports Medicine. 2012. No. 3. P. 215–222.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Грецов А. Г., д. п. н., доцент,
Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена

Аннотация

Рассматриваются возможности адаптивной физической культуры в профилактике психических расстройств и реабилитации детей с особенностями психики, анализируются действующие при этом механизмы, форму-

лируются рекомендации по повышению профилактического и реабилитационного потенциала физкультурно-спортивных занятий.

Ключевые слова

Профилактика, реабилитация, спорт лиц с интеллектуальными нарушениями.

PREVENTION OF MENTAL DISORDERS AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS BY MEANS OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE

Gretsov A. G., Ed. D., Associate Professor,
Herzen State Pedagogical University of Russia

Abstract

The article is devoted to the role of adaptive physical culture in the prevention of mental disorders and rehabilitation of children with special mental abilities. The author analyses existing mechanisms and offers recommendations for improving preventive and rehabilitation potential of sports activities.

Key words

Prevention, rehabilitation, sports for persons with intellectual disability.

Актуальность решения задач профилактики психических расстройств в детско-подростковой среде, а также реабилитации обладающих такими особенностями индивидов обусловлена высокой социальной значимостью отмеченной проблематики. Занятия адаптивной физической культурой позволяют реализовать такие механизмы профилактики психических расстройств:

- воспитание через спорт качеств личности и характера, повышающих резистентность к факторам (прежде всего, социального плана), провоцирующим психические расстройства и риск формирования аддикций;
- моделирование социально благополучной среды для общения, в которой употребление психоактивных веществ и прочие «вредные привычки» не приняты, а поведенческие проявления, могущие свидетельствовать о начинающемся психическом расстройстве (неадекватные суждения и т. п.) не поощряются;
- структурирование досуга, занятие свободного времени социально одобряемой деятельностью, имеющей развивающий эффект, формирование навыков тайм-менеджмента и, шире, личностной эффективности.

Важен и общеоздоровительный эффект физической активности, который сказывается в т. ч. и на функциональном состоянии ЦНС. Кроме того, физическая активность способствует улучшению настроения, повышению уверенности в себе, что важно для профилактики тревожных и депрессивных расстройств, способствует повышению резистентности к стрессам, косвенно — уменьшает риск приобщения к психоактивным веществам (снижается мотивация к экспериментированию с ними).

Потенциал адаптивной физической культуры в реабилитации детей с уже имеющимися психическими расстройствами обусловлен, в целом, сходными механизмами. Но особое внимание следует уделить мощнейшему социализирующему эффекту физической культуры и спорта для людей с такими особенностями.

На сегодня паралимпийским спортом охвачена, по сути, лишь одна группа людей с психическими отклонениями — «лица с интеллектуальными нарушениями» (спорт ЛИН, в программу Паралимпийских игр входит 3 вида с 18 комплектами наград). Соревнования для лиц с иными психическими расстройствами не предусмотрены. Квалификационный критерий для таких спортсменов — сниженный уровень интеллектуальных способностей ($IQ < 70$), что устанавливается, помимо анализа медицинских карт, с помощью психодиагностического тестирования интеллекта (используется, в частности, тест Векслера). Впрочем, не следует переоценивать значимость для аттестации спортсменов-паралимпийцев психодиагностических тестов интеллекта, так как они потенциально уязвимы к фальсификации результатов (в сторону намеренного уменьшения показателей), что не исключает возможность симуляции. Учитывается предложенный ВОЗ критерий: «наличие трудностей в овладении обычными навыками (такими как общение, социальные навыки, самообслуживание и т. п.)» [3].

Этиология нарушений интеллекта не уточняется (важно только, чтобы они наступили в возрасте до 18 лет), но де-факто таким спортом занимаются почти исключительно молодые люди, имеющие наследственно обусловленную задержку в развитии когнитивной сферы. В подавляющем большинстве случаев речь идет о лицах с легкой степенью нарушений интеллекта. Формально, участие спортсменов с более

серьезными нарушениями допускается, но на практике они оказываются неконкурентоспособными с точки зрения спортивных результатов. Перспективы расширения контингента занимающихся спортом ЛИН связаны в том числе и с разработкой специального раздела для таких лиц в Единой Всероссийской спортивной классификации. В настоящее время этот раздел разработан не полностью, его создание продолжается. Работа базируется на принципах анализа рекордов, выявления отношений между достижениями олимпийцев и паралимпийцев, взаимоинтеграции спортсменов-паралимпийцев и спецолимпийцев [1].

Другое направление, Специальное Олимпийское движение, потенциально способно охватить гораздо более широкий круг лиц с психическими расстройствами, в том числе в сочетании с соматической патологией. Но в данном движении отсутствует один из важнейших критериев спорта — нацеленность на максимально высокий результат и спортивный принцип отбора спортсменов на соревнования, тезис «главное — не победа, а участие» трактуется буквально. В результате получается, скорее, не соревнование, а спортивное театрализованное шоу (что, впрочем, не умаляет значимость подобных мероприятий для социализации детей с психическими расстройствами).

Для решения профилактических и реабилитационных задач зачастую используется не приобщение к паралимпийскому спорту как таковому, а отдельные циклы оздоровительных занятий не столько тренировочной, сколько рекреационной направленности. В частности, экспериментально апробирована реабилитационная программа для детей с ЗПР в сочетании с вегетативно-сосудистой дистонией, основанная на элементах йоги [2]. Обычно подобные программы рассчитаны на детей с каким-либо еще отклонением в состоянии здоровья, помимо нарушений интеллекта, и их основная целевая мишень — как раз сопутствующее заболевание. Вряд ли возможно рекомендовать таким детям приобщение именно к спорту ЛИН, так как в силу особенностей соматического состояния они не смогут конкурировать с другими участниками. Несомненно, паралимпийский спорт будет эволюционировать по пути обеспечения доступности и для таких

участников, но рациональный путь к решению этой проблемы состоит, скорее всего, не во введении новых функциональных классов для таких спортсменов, а через систему гандикапов.

Анализ проблемы возможностей использования физической культуры и спорта в профилактике психических расстройств и реабилитации детей с ментальными особенностями позволил сформулировать следующие рекомендации:

В массовом спорте — акцентирование внимания на эмоциональной составляющей занятий, а также социальной среде, в которой они происходят. Профилактику психических расстройств и зависимого поведения обуславливает не столько физическая активность как таковая, сколько возникающие при этом положительные эмоции, формирующиеся личностные качества, складывающаяся социальная среда. Сочетание физкультурно-спортивной деятельности с элементами психологических технологий (в частности, внедрение в занятия подвижных игр из арсенала социально-психологического тренинга).

В паралимпийском спорте — расширение спектра и уточнение классификации психических отклонений. В частности, целесообразно разделение спорта ЛИН как минимум на два подкласса: легкая/средняя или более тяжелая степень нарушений (или, как вариант, введение гандикапов для представителей второй подгруппы). Следует инициировать обсуждение в профессиональном сообществе возможности введения новых номинаций для обладающих иными психическими расстройствами, определение соответствующих квалификационных признаков. Важно также привлечение к спорту лиц с сочетанием психических и соматических расстройств, что наиболее реалистично осуществить через разработку для них системы гандикапов.

В физкультурных занятиях без выраженной спортивной направленности, проводимых в реабилитационных целях — увеличение массовости охвата проблемного контингента, обучение через физкультурные занятия базовым бытовым и трудовым навыкам, использование форм занятий с максимальной направленностью на межличностную коммуникацию, развитие навыков саморегуляции.

Библиографический список

1. *Евсеев С. П., Вишнякова Ю. Ю., Евсеева О. Э.* Установочные принципы, подходы и пути разработки раздела ЕВСК по спорту лиц с интеллектуальными нарушениями // *Адаптивная физическая культура.* 2016. № 1. С. 40–41.
2. *Кашкаров В. А., Мищенко И. А., Волынская Е. В., Петкевич А. И.* Внедрение адаптивных практик в процесс реабилитации учащихся с задержкой психического развития с вегетативно-сосудистой дистонией // *Адаптивная физическая культура.* 2015. № 4. С. 30–32.
3. *Сладкова Н. А.* Функциональная классификация в паралимпийском спорте. М.: Советский спорт, 2011. 159 с.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И АДАПТИВНЫЙ СПОРТ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**Евсеев С. П., директор Департамента науки и образования Министерства спорта
Российской Федерации, д. п. н., профессор,
Москва, Российская Федерация**

Ключевые слова

Адаптивная физическая культура, адаптивный спорт, инвалиды, психическое здоровье человека.

Аннотация

В статье показана роль и место адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в системе охраны психического здоровья инвалидов, в повышении качества их жизни.

ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND ADAPTIVE SPORTS IN THE MENTAL HEALTH SYSTEM

**Evseev S. P., Director of the Department of Science and Education of the Ministry of
Sports of the Russian Federation, D. Ped., Professor,
Moscow, Russian Federation**

Abstract

The article discusses the role and place of the adaptive physical culture and adaptive sports in the system of mental health protection of persons with disabilities, and improving the quality of their lives.

Key words

Adaptive physical education, adaptive sports, disabilities, mental health.

Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт являются важнейшими социальными феноменами современности, причем как в мировом, так и в национальном масштабах. Учитывается то, что в Российской Федерации это довольно молодые социальные институты, о содержании которых продолжают дискуссии, имеются различные суждения, в данной публикации будут рассмотрены их сущность, история, современное состояние и их возможности в системе охраны психического здоровья человека. Правильное понимание адаптивной физической культуры и адаптивного спорта позволит более эффективно развивать их в нашей стране, улучшит условия их внедрения в практику, в том числе в систему охраны психического здоровья человека.

Термин «адаптивная физическая культура» появился в Российской Федерации в 1995 г., когда в стенах старейшего ВУЗа физической культуры страны — ныне Национального государственного Университета физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта (а тогда Санкт-Петербургской государственной академии физической культуры им. П. Ф. Лесгафта) была открыта первая в России кафедра «Теории и методики адаптивной физической культуры» (ТиМАФК). Она появилась как реакция на происходящие в нашей стране социально-экономические и идеологические преобразования, а также в свя-

зи с осмыслением опыта преподавания в этом ВУЗе в начале специального курса (дисциплины), а далее дисциплин специализации (в современной трактовке профиля подготовки) «физическая культура и спорт инвалидов» (С. П. Евсеев, 1996).

Коллективом преподавателей созданной кафедры — ТиМАФК — были подготовлены все необходимые документы для открытия в 1996 г. новой для России специальности: «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» и утверждения в 1997 г. государственного образовательного стандарта по этой специальности. В настоящее время действует образовательный стандарт высшего образования третьего поколения, но уже по направлению подготовки «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» с уровнями «бакалавриат» и «магистратура».

Разработаны и действуют стандарты третьего поколения по специальностям среднего профессионального образования «Адаптивная физическая культура», на основании освоения которых выпускникам присваивается квалификация «Педагог по адаптивной физической культуре» или «Учитель по адаптивной физической культуре».

Разработка, внедрение и практическое использование образовательных стандартов по адаптивной фи-

зической культуре знаменует собой начало нового этапа использования физических упражнений в работе с инвалидами, лицами с ограниченными возможностями здоровья, с учащимися и студентами специальных медицинских групп и другими категориями лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

В чем сущность нового этапа?

Дело в том, что, в отличие от мировой практики, в Российской Федерации физические упражнения применительно к названной категории граждан использовались в подавляющем большинстве случаев в качестве средств и методов лечения и реабилитации.

Отлично зарекомендовавшая себя в нашей стране лечебная физическая культура (особенно в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. при восстановлении раненных солдат и офицеров) стала доминировать во всей системе работы с больными и, особенно, инвалидами, предусматривающей использование средств и методов физической культуры и спорта.

Отдавая должное успехам лечебной физической культуры (ЛФК), развитие которой проходило все таки в рамках так называемой лечебно-госпитальной парадигмы системы здравоохранения, специалисты, развивающие теорию и методологию адаптивной физической культуры (С. П. Евсеев, 1996, 2016; Л. В. Шапкина, 1998, 2000; О. Э. Евсеева, 2015; С. П. Евсеев, О. Э. Евсеева, 2016 и др.), неоднократно подчеркивали необходимость ухода от узкой трактовки потенциала физической культуры и, особенно спорта, как средства формирования телесности и повышения эффективности функционирования «природного» (органического) тела человека. Тем более, что возможности адаптивной физической культуры и адаптивного спорта как регуляторов процесса взаимодействия, взаимосвязи и взаимоотношений людей, сохранения их психического здоровья поистине неисчерпаемы.

Очевидно, что патологические процессы, с одной стороны, разрушают целостность и естественность функционирования организма («природного» тела человека), а с другой, вызывают у него комплексы неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей личного достоинства, уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоизмом, а подчас и антисоциальными установками (В. А. Пономарчук, Ф. М. Ахмат Салих, 2011).

Поэтому сегодня речь должна идти не только о медико-биологической реабилитации средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, о содействии восстановлению и развитию физических возможностей инвалидов, о профилактике сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, возникающих в связи с вынужденной гиподинамией, но, прежде всего, об облегчении социальной адаптации и интеграции людей с инвалидностью в современное общество, об охране их психического здоровья и повышении качества их жизни с опорой на потенциал адаптивной физической культуры и, особенно, адаптивного спорта, как социальных институтов (С. П. Ев-

сеев, 1996, 2016; В. А. Пономарчук, Ф. М. Ахмат Салих, 2011 и др.).

В этой связи вполне убедительным является привлечение категории «качество жизни», широко используемой в мировой практике.

Качество жизни — разносторонняя целостная характеристика жизнедеятельности, включающая, прежде всего степень удовлетворенности конкретного человека осуществлением его жизненных планов и уровнем реализации его потребностей, которые соотносятся с ресурсами общества.

Понятно, что качество жизни определяется не столько патологией и медицинскими аспектами, сколько субъективным восприятием и самооценкой своего состояния, которые практически никогда не бывают одинаковыми даже при объективно равных отклонениях в состоянии здоровья. Другими словами, удовлетворенность качеством жизни определяется самооценкой и трактовкой своего состояния. Именно поэтому социальный аспект работы с инвалидами, корректировка их психического здоровья средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта объективно более важны, чем собственно медицинский, который безусловно необходимо учитывать в данной работе.

Исторический анализ процесса становления идеологии паралимпийских игр показывает, что этот процесс прошел как минимум три этапа:

- адаптивный спорт рассматривался как обязательная часть комплексного лечения военнослужащих с повреждениями спинного мозга;
- далее адаптивный спорт стал рассматриваться как реабилитационный спорт, то есть как спорт, включающий в себя и элементы лечения (реабилитации) и элементы спорта как социального института;
- инвалидный спорт или адаптивный спорт как часть олимпийского движения инвалидов, как социальная практика, повышающая качество жизни инвалидов.

Начиная с 1960 г. проводятся летние, а с 1976 г. зимние Паралимпийские игры. Участниками первых игр были лица с поражениями спинного мозга, с 1972 г. к ним подключились лица с поражением зрения, с 1976 г. — с прочими повреждениями опорно-двигательного аппарата, с 1980 — лица с ампутациями и церебральными параличами с 1992 — с интеллектуальными нарушениями. Таковы изменения общества к инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья: от отстранения от соревнований до обеспечения равных возможностей и принятия личностно-ориентированной аксиологической концепции, в соответствии с которой они являются полноценными равноправными гражданами во всех сферах жизни, включая спорт.

Постепенный переход на третий этап развития паралимпийского спорта был обусловлен как специфической, социальной сущностью самого спорта, так и происходящими процессами гуманизации общества, повсеместным внедрением идей олимпизма, основанных на правилах честной игры. Рассмотрим некоторые осо-

бенности адаптивного (паралимпийского) спорта с позиций его возможностей в системе охраны психического здоровья лиц с отклонениями в состоянии здоровья:

- 1) адаптивный спорт позволяет удовлетворить потребности личности в самоактуализации, в максимальной степени самореализовать свои возможности, сопоставить их со способностями других людей, имеющих аналогичные проблемы со здоровьем (С. П. Евсеев, 2016);
- 2) положительное влияние занятия адаптивным спортом оказывает на воспитание психических качеств и способностей человека, его психической культуры в целом. Спортивная тренировка и соревнования выступают как «школа воли», «школа эмоций», «школа характера» (Л. П. Матвеев, 1991, 1997 и др.);
- 3) адаптивный спорт играет выраженную роль в воспитании поведения, ориентированного на демократичные нормы и принципы, в формировании толерантности;
- 4) говоря о людях с приобретенной инвалидностью, а также лицах с интеллектуальными нарушениями, более чем кто-либо нуждающихся в социализации, следует обратить особое внимание на возможности адаптивного спорта в развитии сознательной способности человека.

Состязательность или соревновательность являются важнейшим фактором самосознания (рефлексии), которые немислимы без сопоставления человеком себя с другим человеком. Нельзя сказать о себе что-либо определенное, идентифицировать самого себя, не соотнеся себя с иным субъектом, носителем такого же качества или такой же способности (Н. Н. Визитей, 2006, 2009). При этом человек с ограниченными возможностями здоро-

вья, сопоставляясь с другим человеком, не может оставаться безразличным к разворачиванию и, особенно к результату этого процесса. И процесс, и особенно результат всегда эмоционально переживаются, оцениваются, что усиливает эффект самопознания и самооценивания. Как отмечал И. Кант, наиболее фундаментальное, сущностное в нас — наше «человеческое», во-первых, дано нам только сопоставительно (сравнительно), во-вторых, дано оценочно, в-третьих, дано в рамках тотального самопереживания — как себялюбие, имеющее определенное содержание, тот или иной эмоционально-волевой состав (приводится по Н. Н. Визитею, 2006, с. 91). Именно поэтому процессы социализации, связанные с формированием у лиц с ограниченными возможностями здоровья умений подчиняться общепринятым нормам поведения, с выполнением тех или иных социальных функций и ролей, с овладением навыками социально-бытовой ориентировки, с обретением чувства собственного достоинства протекают во время занятий адаптивным спортом значительно более эффективно по сравнению с любыми упражнениями, искусственно моделирующими социальную среду;

- 5) История адаптивного спорта дает немало ярких примеров нравственного поведения спортсменов в духе принципов честной игры. А это имеет неограниченное значение в деле воспитания детей и молодежи, формирования у них чувства «скромности победителя и достоинства побежденного».

Перечисленные факторы реабилитационно-социализирующего и воспитательного потенциала адаптивного спорта дают основание для утверждения о значительных возможностях адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в системе охраны психического здоровья лиц с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов.

Библиографический список

1. Визитей Н. Н. Курс лекций по социологии спорта: учебное пособие. М.: Физическая культура, 2006. 328 с.
2. Визитей Н. Н. Теория физической культуры: к корректировке базовых представлений. Философские очерки. М.: Советский спорт, 2009. 184 с. («Спорт без границ».)
3. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи // Глава в учебном пособии. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. СПбГАФК имени П. Ф. Лесгафта. СПб., 1996. С. 4–25.
4. Евсеев С. П. Основные компоненты (виды) адаптивной физической культуры // Глава в учебнике Теория и организация адаптивной физической культуры. М.: Спорт, 2016. С. 69–81.
5. Евсеева О. Э. Адаптивное физическое воспитание в образовательных организациях (специальные медицинские группы): Учебное пособие. СПб.: 2015. 117 с.
6. Матвеев Л. П. Теория и методика физической культуры // Учебник для ИФК. М.: Физкультура и спорт. 1991. 543 с.
7. Матвеев Л. П. Общая теория спорта // Учебная книга для завершающих уровней высшего физкультурного образования. М.: 4-й филиал Воениздата, 1997. 304 с.
8. Пономарчук В. А., Ахмат Салих Ф. М. Спорт и качество жизни лиц с ограниченными возможностями / Ред. А. Д. Жуков // Наука о спорте. Энциклопедия систем жизнеобеспечения. ЮНЕСКО, 2011.
9. Евсеева О. Э., Евсеев С. П. Технология физкультурно-спортивной деятельности: учебник / Под. ред. С. П. Евсеева. М.: Спорт, 2016. 384 с.
10. Шапкова Л. В. Коррекционная функция адаптивного физического воспитания // Человек и его здоровье. СПб., 1998. С. 85–87.
11. Шапкова Л. В. Взаимосвязь адаптивной физической культуры и специальной педагогики // Адаптивная физическая культура. 2000. № 1–2. С. 54.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В РАБОТЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛИЦАМИ

**Евсеева О. Э., к. п. н., профессор,
НГУ имени П. Ф. Лесгафта,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Аннотация

Освещение особенностей использования средств адаптивной физической культуры для лиц пожилого возраста в группах здоровья и учреждениях социального типа.

Ключевые слова

Активное долголетие, адаптивная физическая культура, группы здоровья, учреждения социального типа.

ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE IN WORK WITH THE ELDERLY

**Evseeva O. E., PhD (Pedagogy), Professor,
Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health,
Saint Petersburg, Russian Federation**

Abstract

The article discusses the features of using adaptive physical culture methods for persons of advanced age in health groups and social establishments.

Key words

Active longevity, an adaptive physical culture, health group, social establishments.

По одному из предположений антропологов человек смог стать процветающим видом благодаря сохранению в сообществе престарелых особей, которые занимались воспитанием и передачей опыта самым младшим членам семьи.

В настоящее время, когда родители заняты материальным обеспечением семьи, роль старшего поколения в воспитании выходит на один из первых планов. Активная, не обремененная болезнями, социальной и материальной незащищенностью, старость становится не только личной, но и государственной проблемой. Продление активного периода жизни — важнейшая задача любого цивилизованного общества.

На продление активного периода жизни влияют множество факторов: материальных, социальных, психологических, биологических, генетических. Ведущим фактором, безусловно, является мотивация к активному творческому долголетию, которая во многом зависит от физического и психологического здоровья человека [3].

В рамках адаптивной физической культуры для лиц пожилого возраста разработан достаточно большой арсенал средств, методов, приемов и технологий, которые ориентированы на формирование деятельностной мотивации, положительного психоэмоционального состояния и заинтересованного отношения к активному долголетию [2].

Адаптивная физическая культура позволяет реализовывать потребности лиц с ограниченными возможностями в сохранении жизненно важных умений и навыков, двигательной активности, отдыхе, досуге, общении. Адаптивная физическая культура включает в себя двигательную и игровую деятельность по сохранению умений и навыков поддержания доступного для возраста уровня развития физических качеств, по созданию праздничных мероприятий, активного отдыха, досуга.

В пожилом возрасте решаются также задачи, связанные с профилактикой заболеваний, восстановлением временно утраченных функций организма, повышением уровня здоровья. Поэтому на первое место выходят оздоровительный и реабилитационный аспекты адаптивной физической культуры пожилых людей, которая реализуется в группах здоровья, кружках по интересам, оздоровительных центрах, коррекционных учреждениях, домах отдыха, а также социальных учреждениях — в домах престарелых [1].

Для повышения эффективности занятий физической культурой, в том числе с пожилыми людьми, необходимо использование средств комплексного воздействия на организм, включающих физические, психологические и эмоциональные аспекты. Такими широко известными психо-физическими оздоровительными системами, активно используемыми в адаптивной физической культуре, являются йога, цигун и др.

Элементы данных систем включены в содержание занятий с лицами пожилого возраста [3].

Йога — древняя система самосовершенствования человека. Для лиц пожилого возраста приоритетными задачами йоги являются улучшение физического здоровья и адаптационных возможностей организма, расширение границ мышления, повышение устойчивости психики и др.

Цигун — одна из древнейших систем психофизических упражнений, направленных на сохранение здоровья, лечение болезней и продление жизни. Цигун составной частью входит во все системы восточных единоборств. Однако он имеет и самостоятельное значение, являясь частью национальной культуры Китая, где цигун считают в первую очередь искусством укрепления здоровья. Научные исследования показывают, что цигун обладает определенным регулирующим воздействием на различные системы организма: нервную, дыхательную, сердечно-сосудистую, пищеварительную и железы внутренней секреции. Это одна из редких систем, для занятий которой нет ограничений ни по возрасту, ни по физическому состоянию. После выполнения комплекса цигун занимающиеся, обычно, отмечают хорошее самочувствие, спокойствие и бодрость.

Опыт работы с пожилыми людьми в группах здоровья показал, что арсенал используемых средств в рамках адаптивной физической культуры должен быть разнообразным. Так, в группах здоровья занимающиеся кроме вышеперечисленных оздоровительных систем большее внимание уделяется упражнениям, направленным на восстановление мышечной силы.

Адаптивная физическая культура с успехом применяется и в социальных учреждениях постоянного (либо временного) пребывания лиц пожилого и старческого возраста («Дома престарелых»). Жизнь этих учреждений подчинена определенному режиму дня и внутреннему распорядку, что сделано для более упрощенной (легкой) ориентировки подопечных и порой сводится к деятельности, связанной лишь с утренним туалетом, питанием, прогулками и ночному сну. В большинстве социальных учреждений отсутствие досуговой деятельности — важнейшего элемента активного долголетия, приводит к обеднению жизни подопечных.

Пожилый человек, пребывающий в социальных учреждениях, находится на полном обеспечении и выполняет деятельность, связанную с уборкой комнат, стиркой, мытьем посуды, выгулом животных, походом в магазин, т. е. теми повседневными домашними заботами и обязанностями, которые сопровождают нас в течение всей жизни. Это и многое другое удается разнообразить через включение адаптивной физической культуры в быт и досуг пожилого человека.

В учреждениях социального типа адаптивная физическая культура реализуется инструктором-методистом по адаптивной физической культуре. Планирование занятий осуществляется исходя из потребностей занимающихся.

Первая половина дня, как наиболее перспективная и адекватная возможностям лиц пожилого возраста представлена в виде утренней гимнастики. В качестве

основного средства выступают физические упражнения с музыкальным сопровождением. Имеет место традиционная форма построения занятия, которая включает подготовительную, основную и заключительную части и таким образом позволяет активировать возможности лиц пожилого возраста к двигательной деятельности. Используются упражнения с элементами дыхательной гимнастики, мимической гимнастики, суставной гимнастики. Применяются комплексы упражнений оказывающие положительное влияние на различные системы: кардио-респираторную, дыхательную, мышечно-связочный аппарат. Также используются упражнения, воздействующие на определенные группы мышц: мышцы шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Особое внимание уделяется восстановлению мелкой моторики и воздействию на рефлекторные зоны ладоней и стоп. Активно используются: автономная гимнастика, пальчиковая гимнастика, упражнения для стоп (захват пальцами стопы предметов и их перенос и др.).

На занятии проговариваются и проигрываются ситуации с подъемом и спуском по ступеням, перешагиванием, переступанием поребриков, алгоритм действий при возникновении ситуации падения. Предлагаются упражнения, направленные на сохранение равновесия.

Следующее средство адаптивной физической культуры, которое активно используется при работе с лицами пожилого возраста — это «Нордическая ходьба», «Северная ходьба», «Скандинавская ходьба», «Финская ходьба» или «Оздоровительная ходьба». В ходьбе используется вспомогательный инвентарь: специально сконструированные палки для ходьбы (имеют сходное строение с лыжными палками), при помощи которых взаимодействуют с грунтом и обеспечивают безопасную устойчивую опору. В процессе ходьбы используется заданный маршрут, который предусматривает смену настила (травяной покров, мелкая галька, бетонное покрытие), а также наличие зон отдыха в виде скамеек с подлокотниками.

Вторая половина дня в социальном учреждении, в силу наиболее длительной временной протяженности, отводится досуговой деятельности и подразумевает такой род занятий, которые дают пожилому человеку возможность самовыражения и самореализации, что повышает настроение и стимулирует когнитивные функции. Но все новое не всегда принимается с охотой и получает одобрение лишь в том случае, если пациенты чувствуют потребность в данном виде деятельности.

В процессе совместного досуга, объединяющего лиц пожилого возраста, используются: настольные игры; литературное творчество, музыкотерапия, рифмоплетство, составление сценариев праздников, пение, рукоделие, рисование, гарденотерапия (уход за цветами). Все это обогащает жизнь пожилого человека, стимулирует познавательные процессы, повышает стремление к активной жизнедеятельности и усиливает чувство потребности в обществе.

Можно сказать, что в социальных учреждениях средствами адаптивной физической культуры успешно

решается проблема социальной адаптации и социальной интеграции пожилых граждан.

По мнению известного советского геронтолога И. В. Давыдовского старость — это «просто осень

жизни, последний ее этап...». При правильном же подходе и использовании средств адаптивной физической культуры старость может стать «золотой осенью» жизни.

Библиографический список

1. Аксенова О. Э. Реабилитация лиц пожилого возраста в геронтологии // Адаптивная физическая культура. 2006. № 2(26). С. 3–5.
2. Евсеева О. Э., Ладыгина Е. Б., Антонова А. В. Адаптивная физическая культура в геронтологии: учебное пособие. М.: Советский спорт, 2010. 164 с.
3. Ладыгина Е. Б., Дубенская Г. И., Ладыгин Б. А. Продление активного периода жизни человека средствами адаптивной двигательной рекреации // Адаптивная физическая культура. 2009. № 4(40). С. 36–39.

INCLUSION OF ATHLETES WITH INTELLECTUAL IMPAIRMENT IN PARALYMPICS: A REVIEW

Cisic T., MSc.,
International Paralympic Committee,
Bonn, Germany

The importance of sports for people of all ages and abilities has been well documented [42, 15, 27, 18, 26]. When it comes to people with disabilities, the opportunities to participate in recreational as well as elite sport activities are nowadays broadly available [34]. Along with the health-related and psycho-social assets, this is considered to be extremely beneficial in terms of raising awareness and achieving social integration [11].

Paralympic Games—today's world's third biggest sporting event [24, 4] represent elite competition for athletes with many different types of impairments, and the Paralympic Movement is constantly growing, supporting the importance of sport for this population [40]. However, the road to allowing a certain impairment group to compete at Paralympics requires time and effort. The present review will focus on athletes with intellectual impairment (II) and their involvement in Paralympics.

Athletes with II appeared at the International Paralympic Committee's (IPC) governed events since 1992 [35]. Shortly after the 2000 Sydney Paralympic Games, these athletes were banned to further participate in IPC's events due to a cheating scandal stemming from the shortcomings in the classification system [35]. Meanwhile, the athletes continued competing under the International Sport Federation for Para-Athletes with Intellectual Disability (INAS), the global organization for individuals with II. Finally, in late 2009, based on the new comprehensive classification system, presented by the INAS-IPC Research Group [5], the IPC allowed this impairment group to re-enter Paralympics [34], but only in three sports: athletics (track and field), swimming, and table tennis.

In accordance with IPC's core document on classification, the Classification Code [30], competition for athletes with impairments is structured into categories based on the impairment type and the extent to which the impairment impacts sport performance [46]. The

evidence based approach of classification [30] requires clear scientific evidence justifying the use of two types of measurements: [1] measurements of impairment and [2] measurements of activity limitations resulting from the impairment.

For athletes with II, the measurement of impairment is defined using the criteria established by the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). The criteria involve having a significant deficit in intellectual functioning, expressed as an IQ score of ≤ 75 ; with associated limitations in adaptive behaviours; and both being recognised before the age of 18 [1, 31].

Extensive body of scientific literature exists on describing the measurements used to assess intellectual functioning [33, 1, 22]; however, the evidence becomes much thinner when determining the relationship between the level of intellectual functioning and performance in sports (i. e., measurements of activity limitations). It appears that, as the cognitive load in sport activities increases (e. g., when tactics and/or decision making are involved), the more obvious consequences arise from having II [21, 13]. On the contrary, when the cognitive load is minimized (e. g., in short distance running), the impact of II upon sports performance is not easily determined.

Many scholars investigated individuals with II in terms of exercise effects, physical fitness, sport skills and motor performance levels; the studies demonstrated possible improvements in all aspects of physical fitness in this population [45, 25, 37], but the level of fitness appears to be generally lower when compared to typically developed (TD) individuals [25, 12]. One of the few studies [47] explored physical fitness levels of elite athletes with II and compared it to the population data and age-matched controls using the Eurofit test battery [36]. It was concluded that athletes with II reach

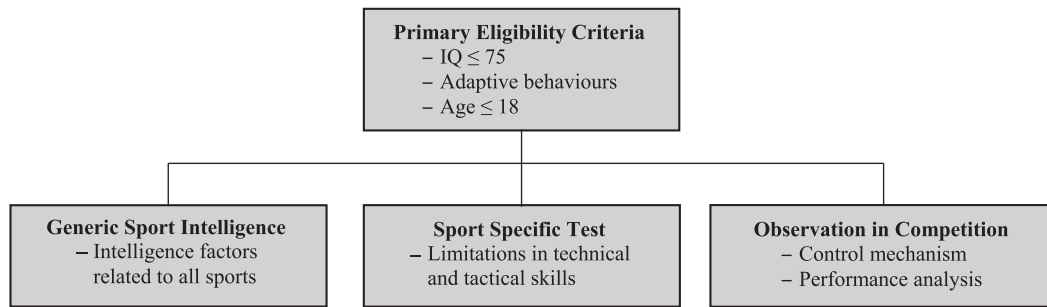


Fig. 1. II Classification process for athletes with II [adapted from 5, 32]

equal or lower levels of physical fitness as their sportive counterparts, which was consistent with the findings of Frey and colleagues [23] who explored fitness characteristics of trained runners. Since these studies were conducted more than 10 years ago, and sport performances of athletes with II significantly evolved [20]; the athletes' improvement in all aspects of sports performance determinants can be expected.

What we know from Tilinger [44], who compared performances between TD athletes and athletes with II, is that, in athletics, performances of athletes with II seem to be lower, ranging from 8.2% to 45.3%. This study, however, did not provide any demographic information about the participants, nor about their training volume. Nevertheless, Tilinger [44] explains that performance differences between the two compared populations increase as do the technical components and speed-power requirements among disciplines. Van de Vliet et al. [47] argue that lower performances of top athletes with II (compared to top athletes without II) can be attributed to other factors such as motivational issues, fewer sport participation opportunities and/or reduced strength; rather than to II alone.

The fact that athletes with II have not been systematically studied and sport activity limitations resulting from II are not clear represents a big challenge for researchers [2, 5]. At the moment, the majority of research that has been done in this field, focused on exploring the differences between athletes with and without II in terms of factors of intelligence that are important in sports setting [6]; and in terms of table tennis technical and tactical proficiency [10, 7, 8]. To the author's knowledge there are only a few studies done in relation to exploring these differences in the sport of athletics [2, 39, 43] and swimming [19].

When looking at the research concerning technical and tactical proficiency, results show that individuals with II have difficulties in visual-motor perception [16, 3], which as a consequence limit the integration of visual inputs with body movements [14]. This, for instance, suggests that adapting strides during run-up in horizontal jumps might pose as a potential difficulty for athletes with II. Further on, a study by Hemayattalab & Movahedi [29] showed that individuals with II can improve their sport skills by practising; however the research on elite table tennis players with and without II indicated unlikelihood for individuals with II to reach the same technical skills levels as TD athletes [7].

Moreover, the same authors suggested that limitations in cognitive functioning have a direct effect on technical skills in table tennis. Similar findings were demonstrated for table tennis tactics [8], and are supported by earlier studies related to this matter, reporting prolonged information processing time in individuals with II [38, 17], and limitations in executive functioning and motor performance [28].

Based on the joint work of INAS and IPC, nowadays there is a classification system in place used to discriminate who is allowed to compete within the group of athletes with II. In other words, the system assesses the minimum disability criteria and sport activity limitations resulting from II in three IPC recognized sports open to this impairment group. The process slightly differs from one sport to another, meaning that an athlete can be found eligible to participate in one sport, but that does not mean he/she will be eligible to participate in the other one.

The classification process involves a four-step process (fig. 1). First of all, the eligibility step (i.e., the measurement of impairment) done by INAS, which ensures the presence of minimal disability criteria, that is the II as defined above. The second step consists of a test battery measuring sport intelligence, called the Generic Cognitive Test [6]. This battery of tests measures five components of sport cognition, those being: processing speed and attention-concentration skills, visual-motor ability, visual perception and fluid intelligence, memory and learning, and executive functioning [32]. The last two steps, the sport-specific test and the observation of competition performance are specific from one sport or discipline to another, both measuring the activity limitations resulting from the impairment. For instance, sport specific test for running disciplines in athletics is made to be a pacing test. The athletes are asked to learn a certain pace by receiving auditory-visual signals, and to keep that same pace over a certain distance without receiving the feedback any longer [32].

As Sherrill [41] stated, "Sport classification can be conceptualized as an ever-evolving assessment and programming system that strives to make competition equitable and fair." For athletes with II, the first goal of re-allowing them to compete at Paralympics has been achieved. With the growth of interest and participation in sport for people with II, together with the improvement of performances; more scientific evidence is needed to understand the complex relationship between intellec-

tual impairment and sport performance. Future research should include both in-depth and comprehensive observations to revise and improve the classification system and to eventually provide opportunities to participate in a variety of sports, on grassroots and on the elite level.

Bibliography

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) // Intellectual disability, definition, classification and systems of support. (11th Edition). Washington, DC: AAIDD. 2010.
2. Andrews B., Goosey-Tolfrey V., Bressan E.S. The classification of sprinters with intellectual impairments: a preliminary analysis // South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation, 2009. 31. (2). P. 1–14.
3. Balouti A., Nazari S. Relationship between visual-motor perception and cognitive abilities of children with learning disorders // International Journal of Psychology and Behavioral Research, 2012. 1. (1). P. 32–37.
4. Beckman E.M., Newcombe P., Vanlandewijck Y., Connick M.J., Tweedy S.M. Novel Strength Test Battery to Permit Evidence-Based Paralympic Classification // Medicine, 2014. 93: 4. DOI: 10.1097/MD.0000000000000031.
5. Van Biesen D. The role of intelligence in table-tennis specific performance of athletes with intellectual disabilities. (doctoral thesis). Leuven KU Leuven. Doctoral School Biomedical Sciences. 2014.
6. Van Biesen D., Mactavish J., McCulloch K., Lenaerts L., Vanlandewijck Y.C. Cognitive profile of young well-trained athletes with intellectual disabilities // Research in Developmental Disabilities, 2016. 53. P. 377–390.
7. Van Biesen D., Mactavish J., Pattyn N., Vanlandewijck Y.C. Technical proficiency among table tennis players with and without intellectual disabilities // Human Movement Science, 2012. 31. P. 1517–1528.
8. Van Biesen D., Mactavish J., Vanlandewijck Y.C. Tactical proficiency among table tennis players with and without intellectual disabilities // European Journal of Sport Science. 2013. DOI: 10.1080/17461391.2013.825645.
9. Van Biesen D., Mactavish J., Vanlandewijck Y. Comparing technical proficiency of elite table tennis players with intellectual disabilities: simulation testing versus game play // Perceptual and motor skills, 2014. 118. (2). P. 608–621.
10. Van Biesen D., Verellen J., Meyer C., Mactavish J., Van de Vliet P., Vanlandewijck Y.C. The Ability of Elite Table Tennis Players with Intellectual Disabilities to Adapt Their Service/Return // Adapted Physical Activity Quarterly, 2010. 27. P. 242–257.
11. Blauwet C., Willick S.E. The Paralympic Movement: Using Sports to Promote Health, Disability Rights, and Social Integration for Athletes with Disabilities // Physical Medicine and Rehabilitation. 2012. 4 (11). P. 851–856.
12. Blomqvist S., Olsson J., Wallin L., Wester A., Rehn B. Adolescents with intellectual disability have reduced postural balance and muscle performance in trunk and lower limbs compared to peers without intellectual disability // Research in Developmental Disabilities. 2013. 34. P. 198–206.
13. Burns J. The impact of intellectual disabilities on elite sports performance // International Review of Sport and Exercise Psychology. 2015. DOI:10.1080/1750984X.2015.1068830.
14. Carmeli E., Bar-Yossef T., Ariav C., Levy R., Liebermann D.G. Perceptual motor coordination in persons with mild intellectual disability // Disability and Rehabilitation, 2008. 30. P. 323–329.
15. Darren E.R., Warburton D.E.R., Nicol C.W., Bredin S.S.D. Health benefits of physical activity: The evidence // Canadian Medical Association Journal, 2006. 174. (6). P. 801–809.
16. Di Blasi F.D., Elia F., Buono S., Ramakers G.J.A., Di Nuovo S.F. Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities // Perceptual and Motor Skills, 2007. 104. P. 763–772.
17. Eason B.L., Surburg P.R. Effects of Midline Crossing on Reaction Time and Movement Time With Adolescents Classified as Mildly Mentally Retarded // Adapted Physical Activity Quarterly, 1993. 10. P. 269–280.
18. Eime R.M., Young J.A., Harvey J.T., Charity M.J., Payne W.R. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport // International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2013. 10. (98).
19. Einarsson I.P. A comparison of race parameters in Icelandic swimmers with and without intellectual Disabilities. 2009.—http://skemman.is/stream/get/1946/2111/6565/1/IngiThor_lokaritg.pdf (accessed on 15 January 2016).
20. Einarson I., Cisic T., Van Biesen D., Daly D. Performance Evolution of Athletes with Intellectual Impairment in Athletics and Swimming over the Last Decade // VISTA 2015 Conference: “Securing the future for young para-athletes.” Girona, Spain: IPC. 2015.
21. Van der Fels I.M.J., Te Wierike S.C.M., Hartman E., Elferink-Gemser M.T.E., Smith J., Visscher C. The relationship between motor skills and cognitive skills in 4–16 year old typically developing children: A systematic Review // Journal of Science and Medicine in Sport. 2014. 18. P. 697–703.
22. Flanagan D.P., Harrison P.L. Contemporary intellectual assessment, 3rd Edition: Theories, Tests, and Issues. New York: Guilford Press. 2012.
23. Frey G.C., McCubbin J.A., Hannigan-Downs S., Kasser S.L., Skaggs S.O. Physical fitness of trained runners with and without mild mental retardation // Adapted Physical Activity Quarterly. 1999. 16. P. 126–137.
24. Gold J.R., Gold M.M. Access for all: the rise of the Paralympic Games // The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health. 2007. 127. (3). P. 133–141.
25. Golubovic S., Maksimovic J., Golubovic B., Glumbic N. Effects of exercise on physical fitness in children with intellectual disability // Research in Developmental Disabilities. 2012. 33. P. 608–614.
26. Gould D., Sheilds A. “Sports for All”—Summary of the Evidence of Psychological and Social Outcomes of Participation // Jeffrey I. Mechanick (Ed.). Elevate Health: A quarterly research digest of the President’s Council on Fitness, Sports, Nutrition, 2014. 15. (3). P. 3–14.
27. Harada C.M., Sipersteinn G.N. The Sport Experience of Athletes with Intellectual Disabilities: A National Survey of Special Olympics Athletes and Their Families // Adapted Physical Activity Quarterly. 2009. 26. P. 68–85.

28. *Hartman E., Houwen S., Scherder E., Visscher C.* On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2010. 54. (5). P. 468–477.
29. *Hemayattalab R., Movahedi A.* Effects of different variations of mental and physical practice on sport skill learning in adolescents with mental retardation // *Research in Developmental Disabilities*, 2010. 31. P. 81–86.
30. International Paralympic Committee. IPC's Classification Code and International Standards. Bonn, Germany: IPC. 2007.
31. International Paralympic Committee. IPC Policy on Eligible Impairments in the Paralympic Movement. Bonn, Germany: IPC. 2013.
32. International Paralympic Committee. IPC's Athletics.
33. *Jacobson J. W., Mulick L. A., Rojahn J.* Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities. New York, NY: Springer. 2007.
34. *Keogh J. W. L.* Paralympic sport: an emerging area for research and consultancy in sports biomechanics // *Sports Biomechanics*. 2011. 10. (3). P. 234–253.
35. *Kwon E., Block M. E.* Athletes with Intellectual Disabilities and the Paralympics // *Palestra*. 2010. 26. (3). P. 25–27.
36. *Oja P., Tuxworth B.* Eurofit for adults: A test battery for the assessment of the health-related fitness of adults. Strassbourg: Council of Europe, Committee for the Development of Sport. 1995.
37. *Oviedo G. R., Guerra-Balic M., Baynard T., Javierre C.* Effects of aerobic, resistance and balance training in adults with intellectual disabilities // *Research in Developmental Disabilities*. 2014. 35. P. 2624–2634.
38. *Porretta D. L.* Selected parameters of response organization in mildly mentally retarded children // *Perceptual and Motor Skills*. 1987. 64. P. 95–100.
39. *Potthast W., Willwacher S., Muller R., Bruggemann G. P.* Long Jump Kinematics of World Class Athletes with an Intellectual Disability // *Portuguese Journal of Sport Sciences*. 2011. 11. Suppl. 2. P. 363–365.
40. *Prystupa E., Prystupa T., Bolach E.* Developmental trends in sports for the disabled. The case of summer paralympics // *Human Movement*. 2006. 7. (1). P. 77–83.
41. *Sherrill C.* Disability sport and classification theory: A new era // *Adapted Physical Activity Quarterly*, 1999. 16. P. 206–215.
42. *Taylor B. C., Sallis J. F., Needle R.* The Relation of Physical Activity and Exercise to Mental Health // *Public Health Reports*, 1985. 100. (2). P. 195–202.
43. *Theodorou A., Garcia A., Padullés J. M. et al.* Stride regulation in Paralympic long jumpers with intellectual disability. Reina R., Perez-Tejero J. (Eds.) // *Book of Abstracts of the European Congress of Adapted Physical Activity*. EUCAPA 2014. Madrid, Spain: Universidad Politécnica de Madrid, Fundación Sanitas, Psysport. 2014.
44. *Tilinger P.* Comparison of athletics records of intellectually disabled persons with records of intact athletes. Srovnání atletických rekordů intelektově postizených osob s rekordy Intaktních sportovců // *Acta. Universitatis Carolinae: Kina-thropologica*. 2013. 49 (2). P. 52–64.
45. *Tsimaras V. K., Samara C. A., Kotzamanidou M. C. et al.* The effect of basketball training on the muscle strength of adults with mental retardation // *Journal of Strength and Conditioning Research*, 2009. 23. (9). P. 2638–2644.
46. *Tweedy S. M., Vanlandewijck Y. C.* International Paralympic Committee position stand-background and scientific principles of classification in Paralympic sport // *British Journal of Sports Medicine*, 2011. 45. P. 259–269.
47. *Van de Vliet P., Rintala P., Fröjd K. et al.* Physical fitness profile of athletes with ID // *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2006. 16. P. 417–425.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МИНИСТЕРСТВО
ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



МИНИСТЕРСТВО СПОРТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ
ЛИГА



co-sponsored by



under the patronage of



issa



world council for
psychotherapy



ACTION

for Mental Health | pour la Santé Mentale



ASIAN
FEDERATION FOR
PSYCHOTHERAPY



Генеральный медиа-партнер



ИНФОРМАЦИОННОЕ
АГЕНТСТВО РОССИИ

газета.ru

PSYCHOLOGIES

VADEMECUM

ЖУРНАЛ
Здоровье

**КРАСОТА
ЗДОРОВЬЕ**

**МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК**

ФАРМАТЕКА

