

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: теория, практика и обучение

Материалы международной
научно-практической конференции
(Санкт-Петербург 30 сентября – 1 октября 2010 г.)

Санкт-Петербург
2010

УДК 159.9

Коллектив авторов.

Научная редакция: Алёхин А. Н., доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена.
Трифонова Е. А., кандидат психологических наук,
доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И.Герцена.

Материалы международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение» (Санкт-Петербург 30 сентября – 1 октября 2010 г.) – СПб.: НП Стратегия будущего, 2010. – 173 с.

В сборнике представлены материалы международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение», организованной кафедрой клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург 30 сентября – 1 октября 2010 г.). Конференция посвящена актуальным теоретическим и практическим проблемам современной клинической психологии.

В оформлении обложки использована репродукция картины Питера Брейгеля Старшего «Вавилонская башня» (ок. 1563 г.).

© Коллектив авторов

© Алёхин А. Н., Трифонова Е. А. – научная редакция

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
От организаторов конференции.....	8
РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ	
Аббков В. А. Научность и эффективность психотерапии.....	9
Алехин А. Н. Психологическая диагностика как производство симулякров	11
Бардышевская М. К. Развитие базальной эмоциональной регуляции у детей: проблемы и перспективы исследований	14
Добряков И. В. Перинатальная психология как раздел медицинской (клинической) психологии.....	16
Никольская И. М. Структура защитной системы человека и оказание психологической помощи.....	18
Новикова И. А. Психосоматические расстройства с позиции синергетического подхода.....	20
Рогачева Т. В. Представленность болезни в разных научных парадигмах.....	22
Русина Н. А. Методологические основы современной клинической психологии.....	25
Рыбкин А. А., Николаев Е. Л. Проблема адаптации личности в клиничко-психологическом исследовании.....	27
Сирота Н. А. Современные клиническая психология и медицина – векторы встречи.....	29
Урываев В. А. Социально-психологические аспекты медико-психологической практики.....	31
Чермянин С. В., Корзунин В. А. Клиническая психология: проблемы и перспективы.....	33
Чудиновских А. Г. Становление медицинской психологии в России: историко-методологические аспекты.....	36
Эйдемиллер Э. Г. Клиническая психология как фундамент современной психотерапии: вопросы и спорные ответы.....	39
РАЗДЕЛ 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПРАКТИКА	
2.1. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Астапов В. М., Гасилина А. Н. Взаимодействие тревоги и депрессии с позиции функционального подхода.....	42
Блюм А. И. Влияние опыта невынашивания беременности на принятие роли матери.....	43
Бородкина Л. В. Особенности когнитивных стилей и социальной перцепции при депрессивных расстройствах в юношеском возрасте и возрасте ранней зрелости.....	45

Ванчакова Н. П., Улитовский С. Б., Тельнюк И. В., Хари А. И. Профилактика стоматологических заболеваний у слабослышащих детей: клинические и социально-психологические аспекты.....	48
Василенко Т. Д., Локтионова А. В. Взаимосвязь готовности к материнству и раннего контакта матери и ребенка.....	49
Вишнева А. Е. Особенности репрезентации автобиографического опыта у больных с депрессивными и тревожными расстройствами.....	50
Груздева О. В., Ковалевский В. А. Изучение психосоматических взаимосвязей в развитии соматически больных детей дошкольного возраста как одно из направлений современной клинической психологии.....	53
Гуреева И. Л. Психологические установки пациентов с сердечно-сосудистой патологией, предрасположенных к паническим атакам.....	56
Ениколопов С. Н., Кузнецова С. О., Абрамова А. А. Психологические особенности враждебной картины мира у больных с психической и психосоматической патологией.....	58
Зверева Н. В., Хромов А. И. Об использовании методики «Конструирование объектов» для оценки особенностей мышления детей и подростков, больных шизофренией.....	60
Ившина М. Е. Клинико-психологические факторы готовности к материнству.....	63
Иовлев Б. В., Круглова Н. Е., Щелкова О. Ю. Психологические характеристики больных ишемической болезнью сердца, получающих высокотехнологичное хирургическое лечение.....	65
Ким Э. Ф. Задачи психологического сопровождения больных с ВИЧ-инфекцией.....	68
Ковязина М. С., Бабенко А. Е. Апробация методики фиксированной установки в гаптической сфере для исследования межполушарного взаимодействия.....	69
Ковязина М. С., Кузнецова Д. А. Особенности функционирования системы перцептивного прайминга при поражениях мозолистого тела.....	72
Корчинов Д. А. Психологическая модель индивидуальности как основа психотерапии шизофрении.....	74
Макарова И. Ю., Семакова Е. В. Теоретические основы и возможности клинического применения трансгенерационного анализа.....	76
Морозова М. С., Баз Л. Л. Исследование гендерных особенностей личностных реакций больных на перенесенный инфаркт миокарда.....	79
Никишина В. Б., Каськова Д. С. Интегративный подход к практике психологического сопровождения процесса родовспоможения.....	81
Носов С. С., Ишемгулов С. С. Клинико-психологические особенности личности женщин с патологией беременности.....	83
Панасенко Б. В. Клинико-психологические аспекты применения краткосрочной семейной психотерапии при расстройствах поведения и эмоций у детей и подростков.....	84
Расказова Е. И. Принятие решения в отношении лечения и качество жизни при соматических заболеваниях и аффективных расстройствах.....	86

Симоненко И. А. Психологические особенности семейной системы у подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями.....	89
Тимофеева И. В. Семья как фактор обеспечения жизнестойкости детей с детским церебральным параличом.....	90
Толошинова Д. Ю. Опыт применения танцевально-двигательной психотерапии в смешанной группе пациентов психоневрологического диспансера.....	92
Узлов Н. Д. Исследование механизмов психологической защиты у медицинских работников, взаимодействующих с фактором смерти в профессиональной деятельности.....	94
Харькова О. А. Особенности механизмов психической саморегуляции у беременных женщин, употребляющих табак.....	96
Яворская А. Г., Корнеева С. А. Связь личностных характеристик и особенностей внутренней картины болезни при химических аддикциях.....	97
Smith L. Y. Sensory Processing Difficulties: Helping Young Children To Cope.....	99
2.2. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ	
Азарных Т. Д. Посттравматические стрессы и суицидальные идеации в юношеском возрасте.....	101
Бажукова О. А. Клинико-психологическая характеристика процесса социальной адаптации умственно отсталых школьников.....	102
Гаджиева Д. П. Клинико-психологическая характеристика гендерного поведения детей с нарушениями зрения.....	104
Дробышева Т. В., Микиева И. Н. Стиль воспитания в семье как фактор психического здоровья дошкольников.....	106
Елисеева М. В. Применение методов танцевально-двигательной терапии в работе школьного психолога.....	109
Кобзев Е. А. Изучение психического статуса студентов-первокурсников на начальных этапах обучения в вузе.....	111
Куц Е. А., Корнеева С. А. Особенности эмоционально-ценностного отношения к себе у студентов с высоким уровнем невротизации.....	113
Нейгебауэр И. И., Оганесян Н. Ю. Сравнительный анализ восприятия «Я-телесности» у студентов технических и гуманитарных специальностей.....	115
Омарова П. О. Клинико-психологические особенности общения и поведения умственно отсталых школьников.....	118
Панина Н. А. «Идеальный педагог». Взгляд молодых врачей.....	120
Семакова Е. В., Макарова И. Ю. Клинико-психологическая характеристика синдрома гиперактивности в детском возрасте и его профилактика.....	122
Цыганкова Н. И. Психологическое развитие и социальное функционирование младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией.....	123

2.3. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Берно-Беллекур И. В. Значение цветовых предпочтений и характера фрустрационных реакций для диагностики деструктивных форм поведения.....	126
Брецких Е. А. Аналитико-системное психологическое сопровождение семей, ожидающих или воспитывающих приемных детей.....	128
Ксенофонтов А. М., Новикова И. А. Особенности психологической дезадаптации сотрудников милиции в экстремальных условиях деятельности.....	131
Кузьмина А. С. Выученная беспомощность в контексте социальных страхов.....	133
Медведев С. Э. Аналитико-системная семейная психотерапия в организации сотрудничества помогающих специалистов.....	135
Миланич Ю. М. Особенности материнского отношения к детям с общим недоразвитием речи.....	137
Пушина В. В. Супружеские отношения у наркозависимых мужчин и женщин.....	138
Ромицына Т. А. Организация медико-психолого-социальной помощи жертвам семейного насилия на Украине.....	141
Семенов Д. В. Особенности и деформации общения при наркологических расстройствах.....	143
Туровец А. А. Транзактно-аналитическая семейная терапия (ТАСТ) – интегративная модель системной семейной терапии с использованием теории и практики транзактного анализа.....	145
Челнокова Т. П. Когнитивные схемы и центральные убеждения у военнослужащих – участников боевых действий.....	147
Чернышева А. В. Особенности социальной идентичности женщин, страдающих алкоголизмом, с позиции субъектности.....	149

РАЗДЕЛ 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ОБУЧЕНИЕ

Александровна Н. В., Городнова М. Ю. Супервизия в практике последипломной подготовки клинического психолога, психотерапевта и психиатра.....	152
Вассерман Л. И. Основные принципы подготовки и усовершенствования врачей в области медицинской психодиагностики и психологической коррекции.....	154
Городнова М. Ю., Коломиец И. Л. Особенности эмпатических способностей у психологов, подвергшихся воздействию чрезвычайных ситуаций (на примере работы с группами психологов Чеченской республики).....	155
Дереча В. А. Межотраслевой и общечеловеческий характер клинической психологии.....	157
Лаврик Я. Клиническая психология как специальность и профессия В Соединенных Штатах Америки.....	159

Лохматкина Н. В., Эйдмиллер Э. Г. Медико-психологическая подготовка врачей общей практики в связи с задачами организации лечебно-психологической помощи женщинам, подвергавшимся насилию в семье.....	162
Приленский Б. Ю., Приленская А. В., Фёдорова И. И. Медицинская психология в высшем медицинском образовании.....	165
Урываев В. А., Новикова И. А., Руденко Н. В. «Медицинская психология в России» – www.medpsy.ru – опыт работы специализированного электронного ресурса.....	167
<i>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ</i>	
Лушин В. Б. Эмоциональная реакция родителей на аутизм детей: опыт анализа на основе американского материала.....	169
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....	172

ОТ ОРГАНИЗАТОРОВ КОНФЕРЕНЦИИ

Глубокоуважаемые коллеги!

Прошло 10 лет со времени утверждения приказа Министерства образования и науки Российской Федерации №686 о введении специальности «клиническая психология» в систему высшего профессионального образования. В Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена на психолого-педагогическом факультете тогда же, в 2000 году, была организована кафедра клинической психологии, и начато обучение студентов по данной специальности. Минувшее десятилетие работы по подготовке специалистов, конечно, не тот еще срок, когда можно подводить итоги этому начинанию. Однако идущие в стране социально-экономические реформы, реформирование в системе здравоохранения, образования, социальной работы, в других сферах общественной жизни, стимулируют соответствующие изменения в формах, методах и целях высшего специального профессионального образования. Модернизация системы высшего профессионального образования не обошла стороной и специальность «клиническая психология». Компетентностный подход становится приоритетной задачей подготовки специалистов, традиционно относимых к сфере гуманитарной деятельности. А реализация такого подхода требует, в свою очередь, и выработки новых образовательных стандартов, и соответствующих научно-методических разработок как в сфере теории и практики профессиональной деятельности клинического психолога, так и в сферах основного и дополнительного образования специалистов.

Оргкомитет конференции «Клиническая психология: теория, практика, обучение» выражает признательность всем специалистам - ученым и практикам, откликнувшимся на приглашение и принимающим участие в ее работе. Основная цель данной конференции - создать условия для открытой научной дискуссии участников профессионального сообщества по тем проблемам, которые проявились за небольшой ещё период подготовки специалистов: задачи практической деятельности клинического психолога и проблемы теоретического обоснования его деятельности, вопросы законодательного оформления профессионального статуса психолога и, конечно, связанные с ними проблемы подготовки специалистов в системе высшего профессионального образования.

Об актуальности этих проблем можно судить по тематике недавно проведенных и планируемых научно-практических конференций, организованных Ленинградским государственным университетом им. А.С. Пушкина (27-28 апреля 2010), Пермским государственным университетом, факультетом клинической психологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и др.

В работе сегодняшней конференции принимают участие представители более 30 вузов, ведущих российских научно-исследовательских центров, ряда лечебно-профилактических и образовательных учреждений, зарубежные специалисты.

Организаторы конференции, определяя круг тем для обсуждения, сочли необходимым опубликовать всех присланных материалов для возможно более полного представления направлений теоретических и практических изысканий, реализуемых в пространстве предметной области клинической психологии. Более того, опубликованные в сборнике материалы подвергались минимальной редакторской правке, и большинство их представлено в оригинальном авторском исполнении. Такой подход, несмотря на некоторые возможные недостатки, позволил, тем не менее, максимально полно отразить всю палитру представлений, циркулирующих в профессиональном сообществе, как по предмету и задачам клинической психологии, так и по актуальности предпринимаемых исследований, их практической значимости и эффективности.

Несколько озадачивает, хотя и объясняет саму себя, существенная диспропорция представленности теоретических и практических исследований в клинической психологии. В отсутствие теоретических оснований любое эмпирическое исследование, естественно, обретает самостоятельную ценность. И.П. Павлов утверждал: «При отсутствии теории не заметишь фактов», однако на сегодняшний день верно и такое суждение: в отсутствие теории фактом становится все.

Хочется надеяться, что такие вопросы, как теоретические основания клинической психологии, ее связь с медицинской и общей психологией, возможность научной систематизации огромных объемов эмпирических исследований в интересах практической деятельности и профессиональной подготовки клинического психолога все же найдут отражение в дискуссиях участников конференции.

Оргкомитет конференции выражает надежду и на то, что подобные форумы профессионалов станут традиционной формой организации научной, практической и педагогической деятельности клинических психологов для решения тех практических задач, которые стоят перед российским обществом.

РАЗДЕЛ 1.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ

Научность и эффективность психотерапии

В. А. Абабков

(Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия)

На современном уровне развития медицинских и психологических знаний недостаточно обосновывать выбор психотерапии личными свидетельствами или системой убеждений той или иной «школы», поскольку критерии личного опыта или вера учителю часто оказываются ошибочными. Требуют уточнения положения о том, какая психотерапия является научно обоснованной, как правильно определяется эффективность психотерапии и другие показатели, которые могут служить для достоверной оценки современной психотерапии.

Научная оценка психотерапии. Существуют различные подходы к тому, как обосновывать психотерапию в качестве научной дисциплины. Системное обоснование научности психотерапии может опираться на следующие критерии (Перре М., 2002): 1) научное доказательство эффективности психотерапии; 2) обоснование психотерапии теоретическими положениями, которые не противоречат современным научным данным; 3) применение в психотерапии принятых современной наукой «технологических» теорий, объясняющих эффективность психотерапевтического метода; 4) этичность психотерапевтических целей, с помощью которых предполагается достижение успеха; 5) этическая приемлемость метода психотерапии; 6) затраты на психотерапию, необходимые для достижения успеха (соотношение стоимость – польза); 7) определение показаний к методу психотерапии; 8) вероятность и характер побочных эффектов психотерапии.

Среди представленных критериев первое место занимает научная оценка эффективности психотерапии. Существует много факторов, которые нужно учитывать при определении эффективности психотерапии. Из них основными являются: использование объективных критериев и способов оценки, необходимость оценки независимым экспертом, наличие адекватно и рандомизировано подобранных контрольных групп, необходимость долгосрочных катamnестических исследований. В отечественной практике даже при выполнении диссертационных исследований редко соблюдаются все необходимые требования. Практически не используется мета-анализ как один из важнейших способов сравнительной оценки эффективности различных методов психотерапии.

В мировой практике научных исследований в области психотерапии требования очень жесткие (Roth A., Fonagy P., 1996). Различают эффект психотерапии (efficacy of therapy) – результаты, достигаемые в опытных психотерапевтических исследованиях; и ее клиническую эффективность (clinical effectiveness) – результат психотерапии в повседневной практике. При этом указывается на необходимость достижения высокой степени внутренней и внешней, а также окончательной статистической валидности и др.

В качестве критериев оценки психотерапевтических методов могут также использоваться следующие параметры (Grawe K., Donati R., Bernauer F., 1994): 1) общая оценка успеха; 2) индивидуальная проблематика или симптоматика; 3) общие проблемы или симптомы членов группы; 4) специальные параметры самочувствия; 5) изменения в структуре личности и её способностях; 6) изменения в межличностных отношениях; 7) динамика использования свободного времени; 8) изменения в работе или профессии; 9) изменения в сексуальной сфере; 10) изменения психофизиологических параметров.

Современная методология оценки эффективности психотерапии. Методология является системой принципов и способов организации и построения теоретической и практической деятельности, а также учением об этой системе. Эффективность – это отношение достигнутого результата (по тому или иному критерию) к максимально достижимому или заранее запланированному результату. Современное количественное и качественное развитие психологических видов терапии сопровождается возрастанием требований к ним со стороны системы здравоохранения, которые касаются практики, основанной на доказательствах: научного подтверждения эффективности, безопасности и экономичности различных видов и форм психотерапии.

Методология исследований психотерапии включает: изучение единичных случаев, рандомизированные контролируемые исследования, открытые испытания. Она предполагает определенные техники измерения, применение метаанализа, протоколирование процесса психотерапии, обязательное изучение катamnеза.

Выделяют: 1) методологию, дизайн (план) и оценку психотерапевтических исследований, включающие различные типы контроля результатов психотерапии; 2) методологию изучения психотерапевтических процессов и результатов в клинической практике.

Определения, принципы и показатели часто имеют сложную структуру и взаимоотношения, однако их знание и применение позволяют избегать ошибок в изучении и использовании психотерапии, делать верный клинический выбор. Основной вопрос касается соответствующих условий для проверки эффективности. При научной оценке видов психотерапии нужно учитывать следующие основные положения:

- Для технологических правил оценки центральным является доказательство эффективности, а не богатство теории. Технологии научно обосновываются в первую очередь исходя из эффективности.
- Следует оценивать прежде всего отдельные методы вмешательств (технологии), а не объединения технологий в форме школ психотерапии.
- Психотерапевтические отношения не могут противопоставляться технологическому знанию. Оба аспекта требуют отдельной оценки и обучения.
- Не существует эффекта в общем смысле; эффект – это комплексный конструкт, который должен уточняться.
- Научное обоснование способа психотерапии требует расчлененной, составной концепции исследования, в которой в зависимости от фазы исследования важны различные стандарты.
- Психотерапевтические вмешательства следует оценивать не только в исследовательских (экспериментальных), но и в практических условиях.
- Обобщающая оценка экономичности может иметь место только в научной дискуссии, в которой эксперты, не являющиеся «стороной вмешательства», также участвуют в принятии решения. Из-за динамики полученных данных принятие решений следует ограничивать во времени.

Фазы исследования психотерапевтических вмешательств (Baumann U., Reineker-Hecht C., 2005):

- Исходное положение. Предлагается новый метод вмешательства, который был создан на основе клинических наблюдений, теоретических представлений и отдельных несистематических экспериментов.
- Фаза I (ориентировочная фаза). Она служит для систематического наблюдения и испытания нового метода вмешательства, при этом гипотез мало, и они в содержательном отношении сформулированы только в общем виде. В данной фазе могут быть проведены исследования единичных случаев, исследования по аналогии и в ограниченном объеме, а также исследования групп (иногда без контрольных групп).
- Фаза II (пилотажная фаза). Основываясь на общих выводах, полученных в фазе I, психотерапевтическое действие исследуется при посредстве целенаправленных гипотез. Для этого необходимы исследования процесса и результата в сравнении с контрольными группами, кроме того, надлежит перепроверить психотерапевтическое действие с помощью катамнеза.
- Фаза III (фаза испытания). Имеется в виду проверка метода вмешательства в крупномасштабном эксперименте; часто проводятся стационарные или амбулаторные объединенные исследования (одного и того же метода психотерапии в нескольких учреждениях – многоцентровые исследования).
- Фаза IV (практический контроль). После того как новый метод вмешательства оправдает себя в условиях испытаний, обсуждается вопрос его внедрения в практику; также должна быть проверена его пригодность для повседневного практического применения.

Признание в качестве эмпирически валидизированного метода (эмпирически подтвержденные методы психотерапии). В исследовании лекарств процесс завершается регистрацией медикамента соответствующими органами. В исследовании психотерапии у нас нет аналогичного государственного подхода, при котором апробируются отдельные технические приемы. Концепция эмпирически валидизированной терапии предлагается как сравнимая концепция. Различают «психотерапию с хорошо доказанной эффективностью» и «вероятно эффективную психотерапию»; последний вариант содержит менее строгие требования.

Критерии для эмпирически валидизированных способов психотерапии:

I. Должны быть проведены как минимум два методически приемлемые сравнительные исследования психотерапии с контрольной группой (случайная выборка), причем эффективность проверяется согласно пунктам А или В:

А. Психотерапия должна быть более действенной, чем лекарственное или психотерапевтическое плацебо или какая-либо другая форма психотерапии.

В. Психотерапия должна быть такой же действенной, как и успешно проверенный метод психотерапии (в другой группе), причем должна быть адекватная статистическая значимость (число участников в группе более 30).

Или II. Эффективность должна быть подтверждена в большем количестве экспериментальных исследований отдельных случаев (более 9 случаев). Условия А и В при этом должны быть выполнены:

А. Следует применять правильный экспериментальный план исследований.

В. Для сравнения эффективности надлежит использовать критерий I. А.

Для обоих вариантов (I и II) также рекомендуется:

- ведение рабочих дневников лечения;
- представление точных характеристик пациентов;
- эффективность должна быть перепроверена двумя независимыми группами исследователей (при исследовании отдельных случаев: не менее 3 случаев на группу исследователей).

На основе заключений о качестве составляются списки проверенных методов психотерапии в соответствии с показаниями (например, тревожно-фобические невротические расстройства). Подобные списки следует постоянно проверять, так как «знак качества» не может присуждаться на неограниченный срок.

Доказательная психотерапия. Под доказательной медициной (психотерапией) понимается «техника обслуживания конкретных пациентов в соответствии с наилучшими имеющимися в распоряжении доказательствами», причем под доказательствами понимается информация, полученная из научных исследований, которая подтверждает или опровергает определенные положения. Эта концепция является частью широкого управления качеством в практике конкретных случаев. Необходимо учитывать различные степени доказательности.

Уже упоминавшийся мета-анализ имеет степень доказательности I (высшую), в то время как концепция эмпирически валидизированных исследований представляет степень доказательности II. Мета-анализ и эмпирически валидизированные исследования представляют основные элементы для доказательной медицины или психотерапии, но в некоторых случаях приходится довольствоваться информацией более низкой доказательности. Часто бывает необходимо сочетание информации с различными степенями доказательности. В конечном счете, лечебные методы представляют комбинации различных эмпирических данных. Доказательная психотерапия основывается на том, что содержащиеся рекомендации к методам с ясными эмпирическими научно-исследовательскими доказательствами требуются обосновывать. Одновременно нужно пояснять критерии анализа литературы (поиск литературы, методологические критерии оценок и т. д.). Пока большинство способов не соответствуют этим требованиям, поэтому постулат доказанных лечебных способов направлен в будущее.

Степени доказательности (Kunz et al., 2000) в доказательной психотерапии (степень – необходимый уровень исследования):

I ст. – как минимум один мета-анализ по рандомизированным контрольным исследованиям;

II ст. – как минимум одно рандомизированное контрольное исследование;

III ст. – как минимум одно методологически доброкачественное контрольное исследование без рандомизации;

IV ст. – методологически доброкачественные неэкспериментальные контрольные исследования (например, исследования корреляций);

V ст. – оценка экспертных групп, «консенсусные» конференции (без точных эмпирических доказательств), клинический опыт признанных авторитетов.

Доказательная психотерапия служит вызовом для исследователей и практиков. За этим также просматривается надежда преодолеть разрыв между исследованиями и практикой. При этом исследование должно показать пути, как его результаты могут использоваться в качестве информации и затем претворяться в действие. Тем самым управление качеством становится задачей, с которой совместно справляются исследователи и практики.

Психологическая диагностика как производство симулякров

А. Н. Алёхин

(Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Россия)

Эмпирические исследования на сегодня составляют основную форму производства психологического знания. Действительно, общественная практика ставит перед специалистами задачи, решение которых не терпит отлагательств в ожидании формулирования фундаментальной психологической теории, позволяющей давать вразумительные объяснения, рекомендации и прогнозы на вызовы текущего момента. Вместе с тем, отсутствие теории, методологического обоснования, существенно ограничивает валидность эмпирического исследования, оценку достоверности полученных в нем фактов, а следовательно, ставит под сомнение практическую применимость полученных результатов.

В связи с этим представляется актуальным анализ некоторых имплицитных в эмпирических психологических исследованиях допущений, понимание которых могло бы способствовать не только повышению практической значимости проводимых весьма трудоемких изысканий, но и открыть реальную возможность для систематизации получаемых фактов в строгие теоретические концепты.

Психологическая диагностика является универсальной и, как правило, исчерпывающей целью большинства предпринимаемых психологических исследований, независимо от того, заявляется эта цель или другая. В выводах психологического исследования обычно утверждается, что полученные результаты («психологический диагноз») позволят в будущем уточнить, обосновать, дифференцировать практические рекомендации, повысить их эффективность и т.п. В соответствии с такой логикой, основным и нередко единственным инструментом психологического исследования становятся методики психологической диагностики, позволяющие, по мнению исследователей, искомый диагноз установить. В качестве предпочтительных методик психодиагностики используются многочисленные и разнообразные опросники, они просты и удобны в использовании, что и делает их средством выбора.

В задачу автора не входит рассмотрение технических и методических аспектов такой психодиагностики, они являются предметом самостоятельного анализа, к тому же им посвящена специальная литература. Цель данного сообщения – показать, как с помощью психологической диагностики формируется мнимая реальность (симулякры), имитирующая научное исследование психологических феноменов и симулирующая его результат. Именно симуляция и определяет практическую непригодность результатов, увы, подавляющего большинства психологических исследований.

Развернутую концепцию симулякров представил Ж. Бодрийяр в работе «Симулякры и симуляции», в которой он обратил внимание на свойственное современному обществу явление симуляции – порождение абстракций, не имеющих связи с реальностью. Происходит вытеснение реальности и замещение ее виртуальной гиперреальностью, создаваемой симулякрами. Симулякр (фр. *simulacre*, от *simulation* – симуляция) – это образ отсутствующей действительности, правдоподобное подобие, лишенное подлинника, объект, за которым не стоит какая-либо реальность. В таком понимании симулякры представляют собой ложные понятия, получившие распространение и ставшие частью общественного сознания. Например, симулякром можно назвать картинку, которая кажется цифровой фотографией чего-то, но то, что она изображает, на самом деле не существует и не существовало никогда. Такая подделка может быть создана с помощью специального программного обеспечения. Подход Бодрийяра заключается в том, что он попытался объяснить симулякры как результат процесса симуляции, трактуемой им как «порождение гиперреального» «при помощи моделей реального, не имеющих собственных истоков и реальности» (Baudrillard J., 1981, с. 10). Под действием симуляции происходит «замена реального знаками реального», в результате симулякр оказывается принципиально несоотносимым с реальностью напрямую, если вообще соотносимым с чем-либо, кроме других симулякров. Собственно в этом и заключается его фундаментальное свойство.

«Психологический диагноз», как будет показано далее, вполне описывается данным определением. Понятие «диагноз» широко используется в медицине, технике, политологии. В контексте данного анализа диагноз (лат. *diagnosis* – распознавание) определяется как заключение о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента. Процесс установления диагноза называется диагностикой. Диагноз, таким образом, является свернутым представлением о болезни (сущности) или состоянии и содержит в себе знание о патологическом процессе: его причинах, механизмах развития, динамике, предпочтительных средствах лечения, возможных осложнениях и т.д.

Соответствует ли по сути результат стандартизированного массового опроса понятию «диагностика»? Очевидно, что нет. Что же тогда лежит за балльной оценкой по шкале психодиагностического опросника? Несколько упрощая, можно утверждать, что полученная балльная оценка фиксирует какую-то реакцию обследуемого на совокупность вербальных стимулов, содержащуюся в опроснике, но ничего больше. Даже такие психодиагностические опросники, вопросам валидности и надежности которых уделялось специальное и особое внимание (напр. ММРІ, 16 РF, ЕРІ), основаны на вероятностной оценке сходства реакций данного конкретного субъекта с тенденциями реакций клинически (ММРІ) или психологически (ЕРІ) верифицированной выборки (группы) испытуемых. Однако сходство реакций отнюдь не означает тождество состояний. В медицинской диагностике это само собой разумеется: один и тот же признак может сопутствовать совершенно различным процессам.

Что же говорить об опросниках, которые готовятся, что называется, на потребу дня? Например, существует в психологии такое трудноопределяемое понятие, как «эмпатия» (или любое другое: «эмоциональное выгорание», «созависимость» и т.п.). Исходя из собственного понимания (или чужого описания) психологического феномена, автор опросника формулирует суждения, которые, на его взгляд, этот феномен отражают. Далее этот перечень суждений предлагается испытуемым, их реакции усредняются по выборке, и вот уже готов инструмент для диагностики эмпатии («эмоционального выгорания», «созависимости»): выше среднего, ниже среднего, среднее.

Даже не углубляясь в анализ таких сложных психологических механизмов речевого поведения, как отношения смыслов, значений и знаков, не рассматривая зависимость высказываний человека от его сиюминутного состояния, от его реакции на исследователя, способности к рефлексии и означиванию субъективных переживаний, можно утверждать, что описанная процедура порождает симулякр (см. выше). Действительность состоит в том, что испытуемый переживает некоторое состояние, обладает некоторым индивидуальным опытом, о сути и содержании которых мы можем не иметь никаких представлений. С помощью придуманной шкалы он просто получает возможность означить состояние человека, то есть попросту «прикрепить» знак, создать виртуальный факт. И совсем уже немислимо: не только означить, но оценить количественно! Задумывался ли когда-нибудь «психодиагност» о принципиальной возможности количественного выражения таких психических состояний, как радость, грусть, ожидание? Похоже, в мышлении психолога переживания другого, того, кто стал «объектом» его психологических изысканий, отождествлены с температурой тела.

Если же, как это уже принято, мы используем «батарею» психодиагностических опросников, тестов, то мы приобретаем возможность создания «множества» фактов, и далее описывать сложные отношения между псевдофеноменами, даже не взаимодействуя непосредственно с человеком, «в глаза его не видя». Здесь, правда, возникает некоторая сложность: при единичном наблюдении формулирование и

описание сочетаний предпринятых означиваний, имитирующих закономерность (за исключением классического патопсихологического эксперимента), технически трудновыполнимо. Но здесь на помощь приходят методы статистического анализа «количественных» размерностей знаков.

Сейчас трудно уже точно установить генез безусловного доверия к статистическим манипуляциям с экспериментальными данными. Вероятно, история тянется от времени первых психологических экспериментов по исследованию элементарных психических функций и психофизических закономерностей. Тогда действительно определенные выводы могли быть получены на основании усредненных показателей, отражающих некие действительные измерения (время реакции, сила мышечного усилия, количество решенных задач и т.п.). Дальнейшая экспансия статистических методов в психологические исследования связана с нарождающимся направлением практической психологии – психометрией. Тогда, наподобие антропометрических показателей, разрабатывались нормативы показателей памяти, внимания, интеллекта для различных возрастных групп, профессий, сословий. Логичным продолжением такой методики исследования стала разработка опросников для оценки черт личности, психологических или психопатологических проявлений на основании статистического оценивания вероятности реакции на конструируемый стимул (слово, предложение, логическая задача). Для задач подобного рода статистические методы анализа данных, возможно, были единственным способом достижения конкретных целей.

Но любой уже обладающий опытом специалист согласится с тем, что ничем иным, кроме как бурным прогрессом вычислительной техники и появлением персональных компьютеров резко выросшую популярность статистических моделей объяснить невозможно. Когда исследователь был вооружен лишь стопкой миллиметровки для вычерчивания графиков и, в лучшем случае, владел логарифмической линейкой для производства элементарных вычислений, ход научного исследования подчинялся совсем другой логике.

В современных исследованиях статистические процедуры имеют уже вполне самостоятельный статус. Серьезным вопросом при обсуждении исследования становится вопрос об объеме выборки (150 – это для кандидатской, для докторской хорошо бы 300-400 наблюдений). Суть процедур статистического оценивания уже забылась, чему немало поспособствовало развитие вычислительной техники, автоматически и быстро реализующей трудоемкие алгоритмы обработки количественных данных и представляющей результаты в эстетически привлекательной форме графиков, диаграмм, трехмерных картинок. Теперь результаты статистических манипуляций стали единственным мерилем «достоверности» полученных в исследовании данных, более того, единственной надежной опорой интерпретации результатов исследований. Не вдаваясь в понятные лишь узкому кругу специалистов особенности алгоритмов статистического анализа, разнообразные версии подготовки данных, критерии оценивания результатов, отметим лишь одно, зато лежащее на поверхности злостное противоречие, выхолащивающее сам смысл психологического исследования.

Говорят, Карлу Роджерсу принадлежит известная формулировка « $N = 1$ ». Это постулат, на котором стоит вся гуманистически ориентированная психология: человек уникален, проявления его индивидуальны. Действительно, трудно представить себе, к примеру, З. Фрейда, обсчитывающим с калькулятором результаты своих наблюдений. Статистически централизованные психологические исследования попирают этот естественный постулат, оперируя «средним человеком», которого в природе нет и быть не может уже хотя бы по законам генетического наследования признаков.

Так формируется мнимое знание. В современных психологических исследованиях подобному усреднению смело подвергаются старики и дети, мужчины и женщины, здоровые и больные, люди с разной продолжительностью болезни и т.д. и т.п. Например, можно исследовать представления о сексуальном здоровье у женщин, «усредняя» выборки последних в возрастном диапазоне от 15 до 75 лет, можно оценивать реакцию на длительную госпитализацию, «усредняя» пациентов по всем остальным показателям. Ничего, кроме фикций, результатом таких исследований быть не может и не бывает. Статистические процедуры имеют весьма ограниченное значение для медико-психологических исследований. Круг вопросов, решение которых возможно с использованием статистических критериев (массовые профилактические обследования, например, и то, лишь для выделения групп наблюдения), также крайне ограничен.

Логическим следствием слепой веры в познавательную мощь статистики становится изобретение терминов и наивная убежденность в том, что то, что названо, – есть. В самом деле, любая статистическая процедура предполагает наличие некоего ряда признаков и некоего ряда наблюдений. Если проблему ряда наблюдений можно еще как-то решить, то с признаками, да еще оцениваемыми количественно, все оказывается сложнее. На этом пункте психологическая исследовательская мысль замыкается в круг: проблема решается с помощью методик психодиагностики. Понятно ведь, что, наблюдая человека в непосредственной беседе, в клиническом интервью, мы способны отметить, встревожен он или подавлен, раздражен или плаксив. Этого, конечно же, для статистики абсолютно недостаточно! Во-первых, признак единичен, во-вторых – качественен. Решение лежит на поверхности: вместо того чтобы тратить время на расспрос, наблюдение, патопсихологический эксперимент, наконец, исследователь предложит стопку бланков «психодиагностики» (желательно и сразу группе испытуемых: школьному классу, палате больных).

И вот уже вместо одного качественного признака в его распоряжении множество количественно измеренных «шкал». Плаксивость можно означить через тревожность (личностная или ситуативная), депрессию, фрустрированность, раздражительность, копинг, астению... и так далее, и вот уже сложный

феномен! А затем, усреднив всех, от кого удалось получить заполненные бланки, можно строить статистически выверенные цепочки психологических умозаключений на основании корреляционных плеяд, например. Тогда факт плаксивости пациента приобретает уже «подлинно научное» психологическое объяснение: «в состоянии пациента доминирует тревожность в сочетании с астенией на фоне раздражительности при недостаточной зрелости копинг-механизмов в ситуациях фрустрации...». А как еще увидеть закономерности в таблицах чисел? Конечно, эти таблицы нужно как-то упорядочить, для этого, действительно, производительнее пакетов статистических программ ничего не найти. И вот из непонятной таблицы первичных данных появляются (как из черного ящика) таблицы и рисунки, которые можно если не понять, то описывать, поскольку они уже как-то структурированы.

Таким образом психологическое исследование становится производством симулякров, а выводы, приобретаемые в таких исследованиях, по определению не могут иметь никакого практического значения, что, собственно, легко иллюстрируется циркулирующей актуальностью одних и тех же проблем в огромном объеме психологических изысканий. Если действительно наука развивается по спирали, то можно рассчитывать на то, что это болезненное увлечение статистической психодиагностикой (или психодиагностической статистикой) пройдет когда-нибудь, как юношеские прыщи проходят со взрослением. Но пока именно эти процедуры порождения мнимостей считается в психологии научным подходом.

Развитие базальной эмоциональной регуляции у детей: проблемы и перспективы исследований

М. К. Бардышевская

(Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Москва, Россия)

Базальная эмоциональная регуляция определяется нами как система базальных аффектов и распознающих, моделирующих и упорядочивающих эти аффекты психических образований и процессов, протекающих на разных уровнях самоорганизации индивида с целью обеспечения оптимального психического тонуса, активности и адаптации индивида к актуальным аффективным нагрузкам и возрастнo-специфическим задачам психического развития. Регуляция базальных аффектов может протекать как без участия, так и с участием сознания и когнитивных процессов.

Понятие «аффект» в данном контексте используется широко для акцентирования психофизиологической, телесной природы любого, даже самого сложного эмоционального явления.

Представления о сложном строении аффективной сферы, в том числе ее вертикальном и горизонтальном делении на уровни и части, достаточно широко распространены в классических и современных психологических исследованиях, однако разрознены и часто не совместимы друг с другом.

В культурно-исторической теории доминирует идея о «горизонтальном» делении проявлений аффекта на примитивные (элементарные, связанные с инстинктами, непроизвольные, непосредственные) и высшие (социализированные, произвольные, вербализированные, интеллектуализированные эмоции, являющиеся продуктом воспитания и обучения) (Выготский Л.С., Лурия А.П., 1993; Лурия А.П., 2002).

В экспериментальной психологии (Isard С., 1986; Ekman P., 1992, 1999) под базальными эмоциями понимаются «чистые» эмоции (видоспецифичные, сходные в разных культурах, с особой лицевой экспрессией и психофизиологической составляющей) и их производные, которые рассматриваются как комбинация базальных. К. Изард (1986) подчеркивал, что чистые эмоции практически не встречаются, так как любой реальный аффектогенный стимул вызывает микст из разных эмоций, особенно в естественных условиях. В данной традиции исследуются «коктейли» эмоций, а не их иерархические связи. В экспериментах до сих пор широко используются задачи на распознавание и упорядочивание фотографий или изображений статичных выражений лица, соответствующих «чистым», первичным эмоциям.

В классической этологии и этологически ориентированной психологии (например, в теории привязанности Дж. Боулби и М. Эйнсворт) рассматривается онтогенез видо- и индивидуально-специфических иерархических связей между различными типами поведения и регулируемыми их эмоциями (Хайнд Р., 1975). Более сложные виды поведения (привязанность, родительское поведение, альтруизм, исследовательское поведение) имеют более сложную мотивацию и комплексное аффективное обеспечение. Незрелая или аномальная структура поведения отличается от зрелой изоляцией какого-либо, часто раннего, типа поведения (например, аутостимуляции, территориального поведения) или выбором в ситуации конкурирования двух или нескольких видов поведения наиболее простого ответа из возможных (например, избегания).

В современных психоэтологических исследованиях представлен в основном узко дифференциальный подход к разным типам поведения, имеющим особый мозговой субстрат, и связанным с ними аффектами, которые рассматриваются как первичные биологические мотивирующие образования. Исследуется онтогенез отдельных поведенческих и аффективных систем и специфические нарушения при их поломках. Например, J. Panksepp (2005) в качестве таких частных базальных «эмоциональных систем» выделяет поиск, гнев, страх, панику, игру, вожделение, заботу и чувство себя, которое определяется как

«субстрат для ядерного сознания и генерации эмоций». Иерархия связей между различными аффектами и видами поведения исследуется мало.

В нейронауке (LeDoux J., 1994) принято классическое деление аффективных проявлений на две системы эмоционального реагирования:

- 1) примитивный аффект, связанный с деятельностью подкорки (ретикулярной формации, миндалины, а также гиппокампа и таламуса), и
- 2) аффект, связанный с активностью неокортекса (префронтальных зон), который обеспечивается его многочисленными связями с нижележащими структурами мозга.

В психоанализе исследуется главным образом уровневая организация психики и личности, а не самого аффекта (Фрейд). Понятия деления (чаще всего в смысле «расщепления») Я и сверх-Я на инфантильную и зрелую, здоровую и больную, хорошую и плохую части используются метафорически (Klein M., 1948, 1955; Meltzer D., 1975). У Д. Мельцера проблема многомерности психического функционирования является одной из центральных.

Уровневая (с делением «по горизонтали») модель эмоциональной регуляции впервые была разработана отечественными клиническими психологами на материале исследования психического развития детей с ранним детским аутизмом с опорой на идеи Н.А. Бернштейна об уровневой организации движений (Лебединский В.В., Никольская О.С. и др., 1990.). Однако не было разработано представление о мозговых механизмах каждого уровня эмоциональной регуляции по тому типу, как Н.А. Бернштейн (1990) анализировал уровни организации движений.

Вероятно, этот пробел связан с объективными трудностями организации исследования таких ранних образований, как базальные эмоции. Известно, что созревание и развитие базальных эмоций начинается до рождения и протекает особенно интенсивно в первые месяцы и годы жизни ребенка, то есть в более короткие сроки, чем созревание и развитие моторики ребенка. Кроме того, развитие эмоций в значительно большей степени, чем развитие моторики, зависит от взаимодействия младенца и матери, которое трудно учесть в исследованиях. Созревание и развитие моторики протекает в более автономном от социального контекста режиме.

Вместе с тем моторика и эмоции тесно связаны друг с другом, особенно на ранних возрастных этапах. Так, у новорожденного эмоциональные состояния, являющиеся прототипом гнева и агрессии, проявляются недифференцированно, в виде сильного мышечного напряжения, возбуждения вегетативной нервной системы, крика. Эмоциональные состояния, близкие к депрессии, проявляются в виде угнетения моторных проявлений, гипотонии, пассивном уходе от контакта. При сильном аффекте возможно реагирование по типу «короткого замыкания» и у здоровых взрослых людей.

В дальнейшем развитие уровневой модели эмоциональной регуляции пошло разными путями. Первый путь – за счет интеграции в модель философских и культурологических идей. Уровневая модель была использована для анализа типов культуры, поступков и характеров героев русской и мировой классической литературы и кинематографа (Никольская О.С., 2000).

Второй путь – за счет углубленных исследований вариантов развития базальных эмоций и механизмов их регуляции на разных клинических группах и в норме. Этот путь требует учета основных идей современных теорий развития, теории привязанности, а также психоаналитических представлений о самых ранних формах и механизмах развития символической активности (Лебединский В.В., Бардышевская М.К., 2002, Бардышевская М.К., Лебединский В.В., 2003).

В цикле диссертаций (Михайлова Ю.А., 2004; Климаь Д.Г., 2007) и дипломных работ (Косолаповой, Трениной, Швецово́й, Ревуненковой и др.), выполненных на кафедре нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ, эта модель была опробована в исследованиях детей с психической депривацией, расстройствами аутистического спектра, аффективными расстройствами, нарушениями привязанности, нарушениями поведения и влечений.

Представляются перспективными следующие направления разработки данной модели:

1. Более точное определение, какие характеристики аффекта считать базальными (приближение-избегание, возбуждение, цикличность, валентность, эмоциональную экспрессию).
2. Для этого необходимо исследование не только развития способов регуляции базального аффекта, но и развития самих базальных аффектов, а также архаических комплексных психических образований (элементарных форм поведения: поведения при кормлении, освоении территории и пр.; невербальной коммуникации; психосоматических форм реагирования; элементарных форм символической активности; ядерных образований личности ребенка).
3. Представляется важным исследование вариантов динамики базальных аффектов (возрастного развития, изменений структуры базальных аффектов в зависимости от раннего опыта, травматических переживаний, интенсивных нагрузок). Требуется разработка более широкой типологии развития базальных аффектов (в разных возрастах, в норме, на разных клинических выборках, в том числе при пограничных формах патологии).
4. Особое внимание должно быть уделено исследованию вариантов взаимодействия базальных систем эмоциональной регуляции ребенка и близких для него людей в норме и патологии. Остается проблемой, насколько система базальных аффектов ребенка автономна от влияния аффектов матери (возможно, другого родителя, сиблинга), каковы индивидуально-специфические и возрастнo-специфические нормы этого

взаимодействия. Этот вопрос особенно актуален при изучении механизмов различных форм психического симбиоза, общих аффективных расстройств у ребенка и матери, аутистических расстройств, а также для разработки программ терапии.

5. Исследование современных способов социализации базальных аффектов и архаических психических образований, их «встраивания» в зрелую личность, их связей с социальным интеллектом и социальной компетентностью.
6. Совершенствование метода исследования за счет стандартизованного анализа видеозаписей материалов наблюдений в естественных и экспериментальных условиях и развития эксперимента с варьированием аффективных нагрузок.
7. Исследование мозговых механизмов базальных аффектов и их производных (совместно с нейропсихологами).
8. Исследование механизмов преобразования раннего эмоционального опыта в ядерные структуры личности.

Перинатальная психология как раздел медицинской (клинической) психологии

И. В. Добряков

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

На фоне политических и социально-экономических изменений, происходящих в России в последние десятилетия, наблюдается ухудшение физического, психического и репродуктивного здоровья, уменьшение доли детско-подросткового населения, снижение количества здоровых граждан. Если не принимать соответствующие меры, то к концу нынешнего столетия население страны может сократиться вдвое (Рыбаковский Л.Л., 2007). Подобная тенденция во многом обусловлена тем, что при общем ухудшении состояния здоровья населения снижается показатель рождаемости и одновременно возрастает число так называемых социальных сирот.

Объяснение этих негативных тенденций исключительно социальными причинами (например, ухудшением материального благосостояния семей) не является состоятельным, и потому сводить стимулирование рождаемости только к материальным благам и улучшению медицинской помощи неправомерно. Подтверждением этого может служить тот факт, что и в странах Западной Европы, и в России люди, хорошо обеспеченные, не имеющие материальных проблем и получающие качественное медицинское обслуживание, обычно не стремятся иметь более двух детей. В то же время в странах с низким благосостоянием рождаемость и количество детей в семье, как правило, значительно превышают подобные показатели в более развитых странах. Так, в 2008 году в Санкт-Петербурге наибольшее количество новорожденных (66%) дала четверть населения города, имеющая доходы ниже официальной черты бедности, что подтверждает высказывание: дети – это богатство бедных. Только 8% от общего числа новорожденных появились у петербуржцев со сравнительно высоким доходом, составляющих почти четверть населения города (Баранов А.В., 2008). В этих условиях улучшение медицинского обслуживания в родильных домах зачастую приводит не только к снижению младенческой смертности, но также к увеличению количества нездоровых детей.

Для решения перечисленных выше проблем необходимо сочетанное применение социальных и медико-психологических мероприятий. Это позволит преодолеть низкий материальный уровень жизни, улучшить состояние физического, психического и репродуктивного здоровья населения, сделать более доступной медицинскую и психологическую помощь, направленную на решение проблем семьи, препятствующих становлению гармонических внутрисемейных отношений, здоровому деторождению, формированию безопасной привязанности детей и родителей, адекватному воспитанию.

Разработка подобных практических мероприятий возможна только на базе теоретической основы, в качестве элементов которой может выступить новый раздел медицинской (клинической) психологии – перинатальная психология, отличающаяся от других ее разделов особенностями своего предмета, то есть специфическим кругом изучаемых явлений.

Современная медицинская (клиническая) психология ориентирована на решение теоретических и практических задач, связанных с изучением роли психических факторов в происхождении и развитии болезней, с диагностикой болезней и патологических состояний, исследованием влияния болезней на психику, с разработкой психологических лечебных и профилактических средств воздействия на психику и через психику – на организм. Она также изучает возможности и пути повышения психологических ресурсов и адаптационных возможностей человека, гармонизации его психического развития и охраны здоровья. Таким образом, медицинская психология решает задачи, стоящие как перед здравоохранением, так и перед образованием и социальной помощью населению, что определяет ее межотраслевой характер (Карвасарский Б.Д., 2002). Традиционно в отечественной медицинской психологии было принято выделять ряд разделов: патопсихологию, нейропсихологию, основы психосоматики, психологию аномального развития, психологию отклоняющегося поведения и др. Каждый из этих разделов имеет свой предмет, задачи и сферу применения. Ни в одном из них исследованию перинатальных проблем и определению их роли в

происхождении, развитии, лечении и предупреждении болезней специального внимания не уделяется. С учетом их значимости как саногенного и патогенного факторов в жизнедеятельности личности и общества дальнейшее развитие медицинской (клинической) психологии мы связываем с разработкой и теоретико-эмпирическим обоснованием в ее структуре нового раздела – *перинатальной психологии*, объект исследования, психологического воздействия которой уникален: два живых организма, имеющих общие психические и биологические границы, общую физиологию. Беременная женщина и пренейт, мать и младенец представляют собой составляющие единой неделимой системы «мать-дитя» (Stern D.N., 1977; Field T.M., 1984; Филиппова Г.Г. 1999 и др.). Элементы этой системы взаимно развиваются и приобретают статус матери или ребенка. Диада «мать-дитя» является подсистемой семьи, и на нее влияет все, что в семье происходит (Lebovici S., 1991; Winnicott D.W., 1998; Мухамедрахимов Р.Ж., 1999 и др.).

В акушерстве принято считать, что перинатальный период длится с 28 недели внутриутробной жизни человека по 7-е сутки жизни после рождения. Однако в перинатальной психологии этот период рассматривается как значительно более длительный. G.J. Craig (2000) определяет перинатологию как «раздел медицины, изучающий здоровье, болезни и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный период, роды и первые месяцы постнатального периода». Она подчеркивает, что эта новая ветвь медицины рассматривает рождение ребенка не как отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения.

Как любые разделы науки, возникшие на стыке других, перинатальная психология требует обоснования теоретическими положениями, которые наиболее полно отвечают ее задачам. При этом наиболее перспективным является биопсихосоциальный подход. Он позволяет сформулировать принципы перинатальной психотерапии, способствует максимально полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей, что обеспечивает этиопатогенетический характер психологической и психотерапевтической перинатальной помощи. То есть перинатальный психолог оказывает помощь в связи с проблемами, возникающими в течение всего перинатального периода, включающего антенатальный (герминальный, эмбриональный, фетальный), интранатальный и постнатальный (Добряков И.В., 2000).

Оказание перинатальной психологической и психотерапевтической помощи эффективно, если учитываются биологические, психологические и социальные факторы, влияющие на процессы репродукции, на формирование системы мать-дитя.

К биологическим факторам относятся состояние здоровья женщины, ее мужа и ребенка, особенности их физиологии. К психологическим факторам относятся изменения психических функций, личностные реакции, переживания, связанные с желанием иметь ребенка, с зачатием, с вынашиванием ребенка, с родами, с уходом за ребенком до достижения им трехлетнего возраста, то есть в течение всего перинатального периода. К социальным факторам относятся те изменения, которые связаны с освоением новых социальных ролей (матери, отца), с переходом семьи на новую стадию жизненного цикла, обусловленные беременностью и рождением ребенка. Важно понимать значение этих факторов, их взаимовлияния, уметь выявлять их. В этом и заключается биопсихосоциальный подход.

Особенностями перинатальной психологии являются диадический характер предмета (системы «беременная-пренейт», «мать-дитя»); семейный характер проблем, которые она изучает; последовательная смена задач, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции; психопрофилактические задачи.

Перинатальная психология исследует психологические особенности динамики диады «мать-дитя», в том числе в условиях патологии беременности, родов, отклонений развития на ранних этапах онтогенеза. В круг научных интересов перинатальной психологии также входят проблемы взаимоотношений медицинских работников акушерско-гинекологического профиля, пациенток и их родственников (Добряков И.В., 2010).

Можно выделить следующие разделы перинатальной психологии:

- 1) психология зачатия ребенка;
- 2) психология периода беременности (диады мать-пренейт);
- 3) психология раннего постнатального периода (диада мать-ребенок);
- 4) психология влияния течения перинатального периода на психическое развитие в целом и на развитие личности в частности.

Последние достижения науки расширяют поле деятельности перинатальных психологов и психотерапевтов, ставя перед ними новые задачи. Это психологические проблемы, связанные с современными технологиями борьбы с бесплодием (экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство и др.); медико-психологическая помощь семье в трагических ситуациях рождения тяжелообольного ребенка, в случае перинатальной потери.

Развитие и внедрение перинатального консультирования и психотерапии, направленных на улучшение психического состояния беременных женщин и рожениц, гармонизацию отношений в семьях, ожидающих рождения ребенка и воспитывающих младенца, позволит снизить количество осложнений во время беременности и родов. Также это будет способствовать снижению числа новорожденных с нервно-психическими расстройствами (в том числе, за счет уменьшения применения медикаментозных средств).

Структура защитной системы человека и оказание психологической помощи

И. М. Никольская

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

Психологическая защита и совладающее поведение – важнейшие процессы адаптации личности к трудным ситуациям жизнедеятельности. Когда происходит стрессовое событие, нарушается гомеостаз. Его нарушение может быть вызвано характеристиками стрессора либо их восприятием. Организм человека реагирует на воспринятое нарушение либо автоматическими адаптивными ответными реакциями, либо адаптивными действиями, целенаправленными и потенциально осознанными. В первом случае речь идет о неосознанном физиологическом и поведенческом реагировании, а также о включении механизмов психологической защиты. Во втором случае – об использовании осознанных стратегий совладания.

Анализируя проявления (симптомы) реагирования на стресс, мы выделяем четыре уровня защитной системы человека, последовательно формирующихся в онтогенезе и одновременно/неодновременно, прерывисто/непрерывно функционирующих у взрослого (Никольская И.М., 2005, 2008).

- Сомато-вегетативный (физиологический). Адаптация осуществляется посредством автоматических изменений в деятельности различных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, эндокринной, нервной и пр.). Пример – сомато-вегетативный уровень реагирования организма на вредности (по В.В. Ковалеву), характерный для детей от 0 до 3 лет.
- Поведенческий (психомоторный) уровень. Адаптация происходит в результате автоматического изменения объема и характера общей моторной активности, мимики, пантомимики, общего рисунка поведения человека. Пример такой адаптации – типичные для детей дошкольного и дошкольного возраста защитные поведенческие реакции (отказ, оппозиция, имитация, компенсация), которые позволяют ребенку удовлетворить потребности в безопасности и защищенности, любви и принятии, социальном одобрении, повысить самооценку и самоуважение.
- Уровень психологической защиты (бессознательного). Здесь осуществляется автоматическая интрапсихическая адаптация посредством включения психологических защитных механизмов (отрицания, вытеснения, проекции, замещения, рационализации и др.). Защитная переработка в психике тревожной информации приводит к ее игнорированию, искажению, снижению эмоциональной значимости. Ограждение сознания человека от травмирующих переживаний снижает внутреннее напряжение и дискомфорт.
- Уровень совладающего поведения (сознания). Адаптация реализуется за счет осознания личностью возникших трудностей, использования знаний о том, как следует преодолевать данные ситуации, умений применять эти стратегии на практике. Только на этом уровне защиты в комплексе с другими функционирует стратегия планирования и конкретного решения проблем.

На первых трех уровнях защитной системы приспособление к стрессу происходит автоматически. На первом и втором – преимущественно за счет привлечения внимания взрослых и получения от них поддержки, на третьем – путем самозащиты (искажения образа мира и образа Я). Только четвертый уровень, совладающее поведение, предполагает сознательные усилия личности, направленные на решение проблемы или на активное приспособление к этой проблеме, если она не решаема (Крюкова Т.Л., 2005).

Таким образом, адаптация к стрессу обеспечивается функционированием ряда взаимосвязанных, взаимодополняющих регулирующих подсистем, имеющих разную биопсихосоциальную основу. Согласно модели двойного процесса (Stroebe M., Schut H., 1999), она включает как непосредственные реакции в ответ на ситуацию напряжения, так и процессы регулирования (произвольные и преднамеренные усилия по мобилизации физиологических реакций, управлению эмоциями, вниманием, поведением и познанием). Взаимодействие процессов реагирования и регулирования эффекта может быть как последовательным, так и параллельным (одновременным), непрерывным и прерывистым.

Совладающее поведение (копинг) – одно из центральных понятий в психологии стресса и адаптации. С более совершенной адаптацией обычно соотносится проблемно-ориентированное совладание, с недостаточной – совладание, ориентированное на эмоции. Однако показано, что определенные функции преодоления более успешны для совладания с различными типами стрессоров (Conway V.J., Terry D.J., 1994; Zeidner M., Endler N.S., 1996). Так, проблемно-ориентированное совладание более эффективно в контролируемых ситуациях, при которых имеется больше возможностей к изменению обстоятельств; совладание, ориентированное на эмоции, – в менее контролируемых ситуациях.

В процессе совладания с травмой и ее последствиями человек может не только восстанавливаться и возвращаться к исходному уровню функционирования. Он может использовать возникшую ситуацию как возможность для дальнейшего индивидуального развития, достижения более высоких уровней реализации в определенных областях по сравнению с теми, которые имел ранее (Tedeschi R.G., Calhoun L.G., 2004). Согласно двухкомпонентной модели посттравматического роста, в адаптации к стрессу одновременно участвуют психологическая защита и совладающее поведение, поэтому посттравматический рост имеет две стороны: дисфункциональную, вводящую пациента в заблуждение (позитивная иллюзия), и функциональную, конструктивную, способствующую реалистичному восприятию (Maercker A., Zoellner T., 2004). Обе стороны посттравматического роста способствуют адаптации. Дисфункциональная сторона

первой включается в процесс адаптации к стрессу, вторая – соотносится с долгосрочной адаптацией, укрепляющей здоровье.

Как отмечают Л.И. Вассерман с соавторами (1999), в психотерапии в настоящее время существует два подхода, предполагающих разные тактики по отношению к психологической защите и совладающему поведению.

В первом случае цель психотерапии – это оптимизация стилевых защитных механизмов, которые рассматриваются как нормальный механизм психики. При этом подходе сила «Я» связывается с наличием зрелых механизмов защиты. Исследования показали, что индивидуальные репертуары защитных механизмов по мере развития личности могут трансформироваться в индивидуальные стили переживания травмирующих событий. Тогда они выступают как часто повторяющиеся и постепенно отработываемые способы помощи себе при конфликтах. В их основе лежат специфические приемы переработки информации, соответствующие возможностям личности и предохраняющие ее от наиболее серьезных для нее последствий, например, потери самоуважения или чрезмерного страха. При этом работает вся группа психологических защитных механизмов, но какой-то из них берет на себя главенствующую роль. Такие типичные репертуары приводят к субъективному ощущению ослабления конфликтов. Однако при отказе отдельных механизмов защиты формируется болезнь – невроз. Принцип психотерапии в данном случае состоит в том, чтобы подчеркнуть, развить и усилить те механизмы защиты, которые адекватны для данной личности (например, у истероидной личности – отрицание и вытеснение, у психастеника – рационализацию). При таком подходе коррекция состояния и поведения не предполагает осознания личностью структуры собственной защиты и возможных способов ее реконструкции, что в результате оставляет ее в иллюзиях. Это более естественно в ситуации работы с больными, возможности которых существенно ослаблены и искажены болезнью.

Второй подход заключается в оказании помощи личности в осознании особенностей ее психологической защиты. И в последующем формировании на основе обучения полноценных стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями. Это более естественно в ситуации работы со здоровыми лицами или при длительной, целенаправленной и поэтапной работе с больными.

Большое влияние на формирование защитной системы человека оказывает его взаимодействие с другими людьми, социальными институтами, продуктами материальной и духовной культуры. Они не только позволяют получить различные виды помощи (психологической, социальной, юридической, медицинской, информационной), но также вооружают конкретным «инструментарием» (ресурсами) для осуществления адаптационных процессов.

В основе социального научения лежит имитационное поведение (обучение на примере), поэтому значимые фигуры из окружения нередко оказывают на человека большее влияние, чем адресующиеся к интеллекту разъяснения о полезности и социальной ценности того или иного поступка.

Адаптация человека к социуму также предполагает обязательное усвоение общественных правил и законов, культурных норм, традиций и ритуалов. Их осознанное и неосознанное использование позволяет человеку не только ощущать свою принадлежность к группе, но также строить свое поведение в соответствии с групповыми ожиданиями и потому в ряде случаев избегать ненужного напряжения (Грановская Р.М., 2007).

На кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования (зав. кафедрой – проф., д.м.н. Э.Г. Эйдемиллер) исследование уровней защитной системы человека осуществляется в рамках темы НИР «Биопсихосоциальная модель здоровья и болезни как теоретическая и методологическая основа клинической психологии, психиатрии и психотерапии семьи и детства».

Для изучения и коррекции защитной системы используется клинический подход, при котором осуществляется глубинный анализ единичного объекта (клинического случая). Проводимый психологический анализ включает выявление симптомов включения различных уровней защиты с помощью беседы, наблюдения или углубленного клинико-психологического обследования, определение связи этих симптомов с жизненным контекстом клиента (прошлым опытом, значимыми фигурами и актуальными событиями) и последующее оказание специализированной помощи.

В силу возраста, состояния здоровья или особенностей ситуации (например, экстремальной и угрожающей жизни) личность далеко не всегда способна к осуществлению сознательных и целенаправленных усилий по преодолению стресса. В связи с этим нередко складывается ситуация, когда симптоматика автоматического реагирования на стресс характеризует адаптацию клиента/пациента, а последующее регулирование процесса на уровне совладания осуществляет помогающий специалист. Так, больные дети, как правило, не осознают своих проблем, не знают стратегий преодоления трудностей и тем более не способны использовать их на практике. Поэтому только от окружающих взрослых, наблюдающих расстройства соматических функций, поведения и эмоций у детей зависит их последующее выздоровление и полноценная адаптация.

Другой пример – оказание кризисной психологической помощи в экстремальной, чрезвычайной ситуации. В такой ситуации реагирование на стресс отражается прежде всего в непосредственных, прямых, автоматических, немедленных и спонтанных реакциях, то есть реализуется на первых трех уровнях защитной системы. Непосредственным результатом действия экстремальной ситуации может стать острое

стрессовое расстройство, которое впоследствии может перерасти в посттравматическое стрессовое расстройство. Чтобы этого не произошло, необходимы продуманная организация и оказание командой, состоящей из психологов и врачей, как экстренной помощи, так и специализированной медико-психологической помощи в отдаленном периоде (Добряков И.В., Никольская И.М., 2009).

Важным направлением оказания психологической помощи на основе развития здоровьесберегающих технологий следует рассматривать копинг-профилактику (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993, 2008). Копинг-профилактика – это направленное опережающее развитие стратегий и ресурсов преодоления жизненных стрессов, способствующих росту индивида, и обучение его навыкам совладающего поведения с целью усиления факторов, мотивирующих укрепление здоровья и понижающих восприимчивость к болезни (позитивная профилактика), а также уменьшения факторов риска заболеваний и смягчения последствий приобретенного заболевания (негативная профилактика).

Психосоматические расстройства с позиции синергетического подхода

И. А. Новикова

(Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Архангельск, Россия)

Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов (Смулевич А.Б., 2008).

За последние десятилетия отмечается значительное увеличение числа больных с психосоматической патологией. Сегодня от 15 до 60 % населения страдают психосоматическими недугами.

Целью нашего исследования явилось рассмотрение психосоматических расстройств с позиции синергетического подхода.

Новым методологическим инструментом изучения психосоматических расстройств является синергетика – междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Синергетический подход можно представить тремя основными векторами биопсихосоциальной модели: сомато-, психо- и социогенеза. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез – развитие психических функций; социогенез – развитие социальных ролей и отношений. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям.

Динамика психосоматических расстройств включает следующие фракталы: predispositions – психосоматогенной семьи, латентный – психовегетативного диатеза, инициальный – функционального расстройства, развернутой клинической картины – психосоматического заболевания, хронизации – формы и типы течения психосоматического заболевания, исхода – соматоневрологических осложнений. Фрактал – это проекция на широкое естественно-научное поле квантовых представлений. Фрактал – интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Фрактал психосоматогенной семьи является начальным при формировании психосоматических расстройств, так как основная часть социализации с момента рождения у человека происходит в семье и нарушения семейных взаимоотношений, распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии.

В пользу концепции психосоматогенной семьи высказываются Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий (1999). Они в качестве источника психической травматизации личности, приводящего к психосоматическим заболеваниям, видят нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи, где растет и развивается ребенок.

Для психосоматогенной семьи характерно непоощрение свободного выражения чувств и свободного отреагирования отрицательных эмоций, вследствие чего ребенок присваивает стереотипы подавления отрицательных эмоций, что приводит к их соматизации. Психосоматогенным семьям свойственна бедность психологического языка и склонность отрицать наличие психологических проблем. Родители могут не поощрять или запрещать выражение ряда эмоций, считая его неприемлемым.

Таким образом, психосоматогенный тип семьи является первым фракталом в формировании психосоматических расстройств.

Следующим является фрактал психовегетативного диатеза. Психовегетативный диатез – это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться сначала в функциональные психосоматические развития, а затем и в психосоматическое заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных факторов (генетически обусловленных аномалий и т. п.). Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов (Гиндикин В.Я., 1997).

«Психический диатез» – это совокупность признаков, характеризующая предрасположение к психической патологии. Диатезом (греч. diathesis) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т. п. Диатез – это особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие унаследованных, врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний (Давыдовский И.В., 1962). В патогенезе болезни факторы внешней среды утрачивают свое значение, трансформируясь во внутренние, действуя по стереотипу общебиологических закономерностей.

К психовегетативному диатезу можно отнести психосоматический дизонтогенез. Выделяют три варианта психосоматического дизонтогенеза:

1-й вариант – отставание или задержка в социализации телесных функций (в психосоматическом развитии ребенка);

2-й вариант – регресс в психосоматическом развитии как реакция ребенка на особые условия развития;

3-й вариант – искажение психосоматического развития (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 1999).

У человека, имеющего психовегетативный диатез, при дальнейшей психической травматизации развиваются функциональные психосоматические расстройства – это нарушения, которые носят функциональный характер и проявляются органными неврозами или другими соматоформными расстройствами.

Органные неврозы сопровождаются единичными соматическими жалобами. К ним относят кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром «раздраженного» желудка, «раздраженной» толстой кишки, «раздраженного» мочевого пузыря и др. Локализация расстройства, как правило, в рамках одного органа/системы. Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни – от нескольких дней до нескольких недель.

Соматоформные расстройства – это функциональные нарушения, сопровождающиеся гастроинтестинальными, кардио-респираторными, болевыми и псевдоневрологическими симптомами. Характерны повторяющиеся, множественные и клинически значимые жалобы.

Общим для этой группы нарушений является появление на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологического изменения соответствующих тканей (во многих случаях обнаруживаются неспецифические и функциональные нарушения).

Если стрессовый фактор по-прежнему актуален, то это может привести к развитию клинической картины впервые возникшего психосоматического заболевания. Это группа заболеваний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

При формировании психосоматических расстройства выбор нозологической формы зависит от наследственной предрасположенности, соматического состояния человека на момент воздействия стрессового фактора (острое респираторное заболевание, гастрит, дуоденит, нейроциркуляторная дистония и т.д.), а также других специфических и предрасполагающих факторов, среди которых нами выделены: при артериальной гипертонии – дислипидемия, гиподинамия, возраст старше 50 лет, наличие черепно-мозговых травм в анамнезе; при ишемической болезни сердца – дислипидемия, зрелый возраст, поведенческий тип А; при язвенной болезни – нарушения питания, инфицирование *Helicobacter pylori*, прием алкоголя; при бронхиальной астме – атопические и инфекционные аллергены, метеорологические факторы; при сахарном диабете 1 типа – вирусные инфекции; при сахарном диабете 2 типа – ожирение, дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания. Каждый из данных факторов в отдельности может способствовать развитию заболевания (Сидоров П.И. и соавт., 2006).

Следующим фракталом являются различные формы и типы течения психосоматических расстройств, отражающие многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и форма заболевания зависят от воздействия психосоциальных и соматических факторов. Течение заболевания может быть с редким обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений.

Далее следует фрактал «соматоневрологические осложнения психосоматических заболеваний». К ним относят психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительного лабильно протекающего заболевания.

Синергетическим подходом можно объяснить этиопатогенез психосоматических расстройств вне зависимости от нозологической формы, а также возникновение заболеваний, как у взрослых, так и у детей.

Таким образом, синергетическая концепция учитывает все внешние и внутренние факторы в возникновении психосоматических расстройств.

С позиции синергетической концепции нами была разработана компьютерная версия методики «Индекс ментальной экологии личности» (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2009).

Данная методика включает 3 блока:

I блок «Оценки психогенеза», состоящий из 156 вопросов (психическая составляющая качества жизни; факторы, влияющие на психическое здоровье, а также признаки 21 наиболее распространенного психического расстройства (невротические, психосоматические, аддиктивные));

II блок «Оценки социогенеза», содержащий 48 утверждений (социальная составляющая качества жизни и особенности негативного влияния социальных факторов на здоровье человека);

III блок «Оценки соматогенеза», включающий 48 утверждений (соматическая составляющая качества жизни, а также факторы, влияющие на соматическое здоровье (биологические, наследственные и др.)).

С помощью данной методики можно получить значения показателей психо-, социо- и соматогенеза, а также отдельных факторов, входящих в них. На ее основе можно выявить предрасположенность человека к возникновению психосоматическим заболеваниям и выявить факторы, влияющие на состояние здоровья.

На основе синергетической концепции нами разработана программа медико-психо-социальной помощи больным, включающая три блока: медицинский, психологический и социальный. Медицинский блок в векторе соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами, а при возникновении осложнений – узкими специалистами (невропатологи, окулисты, кардиологи). Психологический блок помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. Социальная помощь оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб.

Синергетическая концепция психосоматических расстройств позволяет обосновать организацию первичных профилактических мероприятий еще во фрактале предиспозиции (психосоматогенная семья), где мероприятия направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и на гармонизацию семейных отношений.

В латентном фрактале мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию семейных отношений и преморбидных особенностей, гармонизацию социализации личности. Коррекция преморбидных особенностей личности должна способствовать повышению стрессоустойчивости.

В инициальном фрактале для профилактики развития психосоматических расстройств предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания. При возникновении психосоматических реакций необходима психокоррекция и психотерапия, а также гармонизация значимых социальных отношений.

Во фрактале развернутой клинической картины психосоматических заболеваний требуется ранняя квалифицированная медицинская, психологическая и социальная помощь. Очень важным в этот период становится адекватное лечение для недопущения перехода в следующий фрактал. Имеющиеся различия в механизмах патогенеза психосоматических расстройств определяют различные подходы к медикаментозной терапии. На данном этапе проводится коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия. При возникновении исходного состояния с развитием соматоневрологических осложнений пациентам проводится медицинская, социальная и психологическая реабилитация.

Таким образом, синергетическая модель психосоматических расстройств позволяет организовать раннюю профилактику заболеваний и требует внедрения бригадных форм организации профилактики, коррекции и реабилитации с обязательным участием психологов, медиков и социальных работников.

Представленность болезни в разных научных парадигмах

Т. В. Рогачева

(Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург, Россия)

Современная психология, в том числе и медицинская, существует одновременно в разных методологических парадигмах, что, с одной стороны, существенно затрудняет определенность в выборе предмета, методов, технологий и способов решения стоящих перед ней проблем, а с другой – предоставляет психологу широкие возможности для решения поставленных задач. Это и есть кризис, который выступает принципиально важным моментом развития современной психологии. Кризис – это свидетельство того, что прежние источники исчерпали свои ресурсы и процессы распада сложившихся структур стали преобладающими. Вместе с тем, кризис – это новые возможности, которые знаменуют «полный опасностей шанс» воссоздать того самого «слона», о котором образно написали еще древнегреческие философы. Необходимо четко обозначить, на какой методологической платформе мы пытаемся это сделать и, следовательно, какие ограничения встретятся при решении. Рассмотрим основные концептуальные варианты решения такой сложной задачи на примере проблемы био-психо-социальной модели болезни.

Классический подход имеет следующие особенности. Во-первых, любое развитие, в основе которого находится идея социального прогресса, рассматривается в классическом подходе как линейное, поступательное, не имеющее альтернатив. Во-вторых, случайность как отдельное событие или проявление индивидуальной воли либо отрицается, либо рассматривается как проявление необходимости. В-третьих, критерием научности выступают общие, повторяющиеся явления или процессы. Отсюда – две обязательные

черты классических психологических концепций: выявление определенных этапов, стадий процесса развития и достаточно жесткое требование использования математических методов при доказательствах теории. Четвертая особенность классических построений заключается в том, что центральным компонентом такой теории выступают попытки объяснить «ставшее», рассматривая наличие только одной реальности, названной объективной. Другие реальности, в том числе и субъективная, есть инвариант главной – объективной.

В классической медицинской психологии трудно найти полное соответствие этим особенностям. Однако сама медицина продолжает следовать именно этим положениям. Так, многие медики до сих пор уверены, что цель любого человека – здоровье. Однако общего дескриптивного определения болезни в медицине нет. Каждая болезнь есть определенный набор симптомов и/или синдромов. Использование понятия «патология» также не приносит определенности в дихотомию «здоровье – болезнь», потому что встает очень сложный вопрос о понятии нормы. А определение здоровья, данное ВОЗ, имеет в качестве главной категории понятие «благополучие», которое не может не трактоваться субъективно. Отсюда – известный медицинский тезис «нет здоровых людей, есть недообследованные».

Таким образом, современная медицина пытается решать проблему здоровья и болезни с классических позиций. Данный подход сложился на концептуальном основании естественно-научной парадигмы, предполагающей, что врач даже не задумывается, как представлена болезнь для конкретного человека, вынося тем самым представление о болезни за пределы индивидуального сознания. Больной выступает лишь объектом врачевания.

Достаточно близко к классической парадигме находится структурализм, который делает акцент на внешних факторах, носящих устойчивый характер и направляющих, предопределяющих содержание и формы деятельности человека. С этой позиции человек не может быть свободным, он находится в рамках определенной структуры, которая и определяет, что есть болезнь. С позиции классического структурализма (К. Леви-Стросс, М. Фуко и др.) общество дает каждому своему члену социальное тело, которое индивид, пережив мучительные испытания (обряды инициации), получает вместо физического. Социальное тело – это особый вид тела, где специально обученный человек, в архаическом обществе шаман, «запишет» маршрут следования в социуме.

Болезнь в подобном обществе выступает как катастрофа для личности. Начиная болеть, человек как бы выпадает из символической ткани архаического социума, перестает быть таким, как все, то есть здоровым. Следовательно, болезнь это не факт, который можно свести к материальной причине, например, к нарушению жизнедеятельности органа. Болезнь в архаическом мире находится как бы на пересечении различных, как явных, так и неявных, потоков значений. Тем самым она приобретает определенную психическую силу, в которую обязан верить больной и которую шаман пытается активизировать. Магическая мощь шаманского искусства как раз и заключается в том, чтобы эффективно манипулировать не столько реальными объектами, сколько их дополнительными измерениями, психическими силами.

Следовательно, у представителей структурализма болезнь рассматривается как психо-социобиологическая модель. Ограничения такого подхода понятны, причем они «работают» не только в архаической культуре. Современное общество, достигнув серьезных результатов в естественных науках, в том числе и в медицине, не перестает пользоваться, иногда с успехом, магическими обрядами, основанными на вере. Классическая позиция ставит врача в позицию «Бога», имеющего абсолютное превосходство над пациентом. Если «Бог» бессилен, то приходится обращаться к «иноверцам»: шаманам, экстрасенсам, колдунам и т.п. Так изнутри разрушается классическое представление о болезни и здоровье.

Но мистика имеет позитивные функции в социуме. Мистик предлагает постигнуть болезнь не только с помощью разума, эксперимента, анализа, но и прочувствовать ее, пережить. Так ограничения классической парадигмы приводят к неклассическому подходу.

Основными чертами неклассической парадигмы становятся следующие положения. Во-первых, размывается позиция о познающем субъекте как внешнем наблюдателе, поднятом над реальностью и способном оценивать и судить. Во-вторых, за наукой уже жестко не закрепляется право исключительности в оценках, это лишь один из «миров опыта». Как следствие, провозглашение многомерности и «многомирности» в исследовательских проектах, «снятие оппозиций «внешнее-внутреннее», «субъективное-объективное» и появление концепции субъект-объектного пространства, в котором субъект взаимодействует с миром объектов.

Такие призывы обратить внимание, что важна не сама по себе болезнь, а то, что при этом происходит с человеком, прозвучали уже у З.Фрейда. Открытие З. Фрейдом нового структурного компонента психики, бессознательного, внесло существенный вклад в изучение природы заболеваний. Его теория сделала возможным серьезное рассмотрение психологически продуцируемой болезни.

З. Фрейд фиксирует огромное количество случайных, на первый взгляд, действий, результатом которых являются телесные повреждения. З. Фрейд первым обратил внимание на феномен «Krankheitsgewinn», то есть на то, что заболевание может давать ряд преимуществ болеющему человеку. В так называемом первичном преимуществе заболевания находит отражение стремление избежать конфликта. Некоторые больные реагируют на непереносимые переживания потерей сознания. Вторичное же преимущество связано с определенными «льготами», получаемыми извне, например, со стремлением избежать необходимости поиска выхода из трудного положения.

Но, если так можно сказать, классикой неклассического подхода в решении вопроса о болезни была концепция Л. Бинсвангера. Бинсвангер рассматривает болезнь как присущий больному способ «быть-человеком» в гуссерлевском и хайдеггеровском понимании. Его подход, названный «Daseinanalyse», есть попытка дополнить и по возможности исправить взгляд на человека и человеческий опыт, разрабатываемый психоанализом. При использовании классического, в духе З. Фрейда, психоанализа болезнь предстает как результат сохранившихся и вытесненных в бессознательное детских желаний и влечений. Мотивы поведения оказываются за пределами свободного выбора человека, а сам человек – не творцом своего будущего, а заложником прошлого.

То есть необходимо научиться рассматривать человека и его существование по-новому, в их целостности. Если такая целостность нарушена, появляются невротические симптомы. Неврозы и психозы, с позиции Бинсвангера, являются специфическими способами трансцендирования, конституирования мира и самих себя. Отклонение от нормы означает создание новой «нормы». Например, маниакальная форма выступает общей для всех «миров», конституируемых маниакальным сознанием, психотик живет в своем собственном, им осмысленном мире. Поэтому симптом есть выражение изменения тотальной формы бытия человека, всего стиля его психической жизни и понимается и описывается в контексте основных человеческих потенциальных возможностей. Здесь болезнь не объясняется относительно либо нарушений мозговой деятельности, либо биологической деятельности организма, это социо-психическая модель.

Революционные взгляды неклассической парадигмы привели к критике классической рациональности и варианту методологического экстремизма, коим является постмодернизм. Основными положениями постмодерна выступают сомнения в возможностях классической науки, негативная оценка рациональных способов описания и объяснения мира, ориентация на рефлексивность, пристрастие к вариантам нестабильности, противоречивости, случайности. В медицинской психологии ярким представителем постмодерна является Ж. Лакан.

Главный объект исследования, который выделяется Лаканом, это образный слой сознания, не сводимый к биологическим проявлениям. Лакан критикует укоренившийся среди современных ему психоаналитиков старый локковский принцип «в разуме нет ничего такого, чего ранее не было бы в чувствах», считая, что данный подход значительно обедняет психическую реальность человека. Подобный подход в конечном счете сводит такое сложнейшее по своим функциям и богатое по содержанию психическое явление к информации, растворяя чувства, верования, интуицию, сны в «материальности» физиологических или биологических реакций.

То есть, по мысли Лакана, именно ненаучное, участливое, другими словами, включенное внимание к человеческим страданиям, подход к психике через патологию, позволил Фрейду признать реальность того психического материала, который необходимо прояснить и преобразовать, чтобы вылечить больного. То, что говорит и чувствует пациент, представляется не имеющим смысла только с позиции так называемой абстрактной истины официальной медицины, которая сортирует получаемые данные на значимые или незначимые, выбирает одни показания и опускает другие, ориентируясь лишь на собственные представления и открытые ею же закономерности. Каков же целостный смысл происходящего для пациента, не играет никакой роли в процессе лечения этими методами.

Терапевтический процесс должен быть основан на так называемой «презумпции осмысленности», который можно осуществить, опираясь на два принципа. Во-первых, признание права психической, особенно психопатологической, реальности на самостоятельность, безотборность и несистематизированность, обратные действия которым мы постоянно наблюдаем у официальной медицины. Во-вторых, процесс излечения сосредотачивается вокруг перестройки в сознании больного образа его собственной истории, содержащей скрытую психическую травму, то есть на изменении смысла болезни.

Врач уже не воплощает, с точки зрения Лакана, в своем мире карающую инстанцию, обладающую абсолютно истинными знаниями о пациенте. Перед врачом – клубок хитросплетений неповторимой индивидуальной человеческой жизни, не сводимой к трансцендентным ей критериям социальной истории. В результате вместо монологического декретирования врача в отношении больного между ними устанавливается диалог. Следовательно, процесс лечения – это диалог врача и пациента.

Таким образом, болезнь в постмодернистской концепции есть индивидуальный в каждом конкретном случае диалог, позволяющий конструировать новые миры и открывающий варианты терапевтической практики. Открыв неограниченные возможности в исследовании человеческого существования в различных формах, в том числе и в ситуации болезни, постмодерн, с другой стороны, столкнулся с серьезными проблемами в рефлексии мира и человека в нем.

Ограничения постмодернистской парадигмы связаны с отрицанием целостности человека, с введением понятия «дивид» как фрагментарного, смятенного, ищущего человека. Это привело к несовпадению биологических и социальных, личностных и ролевых способов функционирования человека, что закончилось релятивизмом, то есть множественностью интерпретаций понятия болезнь. В реальной практике медицинской психологии такая позиция может вылиться, во-первых, в противоречие между теоретическими положениями и практическими способами их подтверждения, во-вторых, в неадекватные технологии психотерапевтической практики, особенно в нашей стране, где начинать «рефлексивную работу с себя» еще принято не всеми психологами и психотерапевтами.

Методологические основы современной клинической психологии**Н. А. Русина**(Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Россия)

Учитывая современную ситуацию развития клинической психологии, необходимо выделить два главных направления деятельности медицинского психолога: первое – это организация и обеспечение психологической помощи в лечении пациента через определение его психологического статуса и структуры личности, анализ социальной ситуации; второе – осуществление психологического обеспечения профилактики и предупреждения развития заболеваний.

Для реализации этих направлений следует учитывать методологические принципы, являющиеся основой психологии как науки.

Монография «Методологические проблемы медицинской психологии» К.К. Платонова, имевшего одновременно медицинское и психологическое образование, вышедшая в 1977 году и во многом предвосхитившая настоящее развитие отечественной клинической психологии, может по праву считаться программным документом для деятельности клинических психологов.

Главная заслуга К.К. Платонова заключается в формулировке фундаментальных методологических принципов и подходов, понятийного аппарата, а также в «иллюстративном описании» принципов психологии личности применительно к этой области знания. Известно, что в психологической науке на протяжении всей ее истории велись острые дискуссии по вопросу соотношения биологического и социального в развитии человека и в них «побеждал» либо социологизаторский подход, либо биологизаторский. Для медицины в целом и для клинической психологии ответ на этот вопрос имеет принципиальное значение и по сей день. Единственно верным в настоящее время является холистический подход к человеку, его здоровью и болезни. Данный подход особенно явно проявляется в психосоматической медицине.

Ведущий принцип психологии – принцип развития – как раз и означает, по мнению К.К. Платонова, «движение психического отражения от биологически обусловленных элементарных эмоций и ощущений до социально обусловленного сознания и его высшей формы – самосознания и превращения индивидуально-психологических особенностей в свойства личности». При изучении как психосоматических, так и соматопсихических особенностей личности пациента этот принцип проявляется наиболее ярко.

Иллюстрируя действие рефлекторного принципа, К.К. Платонов ссылается на учение И.П. Павлова о второй сигнальной системе. И.П. Павлов, пришедший к выводу о невозможности ограничения деятельности человека только безусловными и условными рефлексами, писал: «Мы начинаем понимать, каким образом происходит мышление человека, в котором столько разговоров и столько всякой пустой болтовни». Именно на рефлекторном принципе построено обучение больного в поведенческой психотерапии, в психосоматической тренировке, обозначаемой обычно как аутогенная. В настоящее время во многих экспериментальных исследованиях и наблюдениях, выходящих за рамки традиционной психологии, подтверждается предположение о материальности мысли. В действительности это положение проявляется в случаях возникновения ятрогений. Роль слова особенно убедительна в понимании причин возникновения болезней под влиянием отрицательных установок и ограничивающих убеждений, в эффективном применении позитивной психотерапии, в лечении больного притчами, особенно в психосоматической медицине.

К.К. Платонов писал о недопустимости слияния вопросов психопатологии и патопсихологии при диагностике больного. Принцип детерминизма, гласящий, что при объяснении любых психических явлений личность выступает как совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия, еще не всегда признается и осознается врачами. Нередко они лечат болезнь, а не самого пациента. При этом может не учитываться личность больного, его социальный и семейный статус, жизненная ситуация, особенности его воспитания. Современное развитие медицины и клинической психологии должно способствовать взаимодействию врачей-интернистов, психиатров, психотерапевтов и психологов в интересах больного.

Принцип единства сознания и деятельности применительно к болезни предполагает раскрытие обратного воздействия психического на соматическое. Истинность этого утверждения стала особенно очевидной с развитием психосоматической медицины. В концепциях современных авторов психосоматические болезни рассматриваются как результат образа жизни личности, взаимодействия ее способностей, преморбидных особенностей, предпосылок и условий развития и воспитания, личностных характеристик, защитных и совладающих механизмов. Маркерами состояния личности являются ее действия и поступки, отношение к себе, к болезни и к здоровью. К развернутым психологическим смыслам психосоматической болезни относятся следующие: а) болезнь как стесненная в своих проявлениях жизнь; б) болезнь как язык субъекта, его души; в) болезнь как путь человека; г) болезнь как отрицание здоровья; д) болезнь как оправдание слабости, ненаказуемости индивида; е) болезнь как стратегический ответ на потребность субъекта; ж) болезнь как поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации; з) болезнь как катарсис, духовное лекарство, если она осознается субъектом; и) болезнь как одна из возможных реакций, которые доступны человеку в безвыходном, на его взгляд, положении; к) болезнь как образ жизни и др.

К.К. Платонов считал, что, как и для медицины в целом, основным объектом для медицинской психологии является больной, но не организм больного, а его личность. Принцип личностного подхода является особенно актуальным в медицине, особенно в смысле обращения внимания на переживания больного, на его психическое состояние в данный момент. И здесь очень важна работа медицинского психолога, который, выявив особенности личности того или иного типа больных, может выявить конкретные особенности, присущие и данному конкретному человеку. «Вот почему, – писал К.К. Платонов, – индивидуальный подход может быть и шире (если он включает учет и личностных и соматических качеств), но может быть и уже личностного подхода».

Принцип структурности помогает медицинскому психологу видеть человека как систему, понимать его соотношение с внешней средой, учитывать синдромологическое направление медицины.

Принципы единства душевного и телесного, биологического и социального, реализуемые в общепсихологической теории К.К. Платонова и в предложенной им динамической функциональной структуре личности, а также его методология (применительно к методам исследования) являются основополагающими как для психосоматической медицины, так и для медицины в целом, и для медицинской психологии в частности. К.К. Платонов настаивал на диалектическом отношении к выбору методики исследования, понимая под этим адекватность выбора «совокупности методов проведения исследования, подчиненных определенной задаче». При этом как в медицине, так и в медицинской психологии основными методами являются наблюдение во всех его разновидностях (беседа с больным, сбор анамнеза и катамнеза, самонаблюдение и самообследование, биографический метод, изучение продуктов деятельности) и эксперимент. Все тестовые методы не должны быть самоцелью, а могут лишь дополнять общую картину обследования пациента. Важно не только использовать психологические тесты, но уметь диагностировать поведение пациента по значимым ситуациям в период консультирования. Благоприятной основой для работы является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни. Следующий шаг в работе: зная типы семейных проблем и актуальных способностей (по Н. Пезешкиану), тестировать пациента через значимые для данной нозологии ситуации. Так происходит проработка жизненного и семейного контекста проблем и межличностных затруднений. И только когда больной выходит на значимую для него ситуацию, его физиологическое состояние изменяется.

Утверждение К.К. Платонова о первичности и особой значимости эмоционального отражения имеет особое значение в психосоматической клинике. При этом если «баланс эмоционального и волевого компонентов при господстве воли над эмоциями» является основополагающим для адекватного функционирования личности, то у психосоматических больных копинг-реакции снижены, эмоциональное подавление происходит не за счет волевого компонента, а с помощью примитивных защитных реакций и сопровождается бедным эмоциональным реагированием (высокий уровень алекситимии). В этой связи особое значение приобретает работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, преодолению трудностей понимания и выражения чувств. Задача психолога – помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке его способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, расширению эмоционального словаря. Далее идет работа по изменению негативной установки пациента по отношению к эмоциям (особенно отрицательным), выявление причин, почему, кто и когда «запретил» ему выражать эти эмоции, фокусировка внимания на модусе переживания.

Специально следует отметить, что психологическая и психотерапевтическая коррекция пациентов должна осуществляться в зависимости от психологических особенностей личности и ее реакции на болезнь, от этапов развития заболевания и стадий лечения. В этом проявляются принципы динамизма и пластичности личности, на которые обращал внимание К.К. Платонов.

С момента выхода книги К.К. Платонова появилось множество новых теорий, данных исследований и практики, которые стали доступны каждому человеку. К.К. Платонов приветствовал принцип пластичности личности, который «гласит о чрезвычайных возможностях компенсации и функциональной взаимозаменяемости отдельных частных структур в целостной структуре личности». Он одним из первых проводил психологические эксперименты, направленные на раскрытие резервных возможностей личности.

Для реализации второго направления – обеспечения профилактики и предупреждения развития заболеваний – в современной ситуации развития медицинской психологии обратимся к следующим рассуждениям. ВОЗ описывает понятие здоровья как состояние физического, духовного и социального благополучия. Но есть более высокий уровень объяснения развития болезней, надпсихологический, вытекающий из холистического подхода к человеку, соединяющего в единстве его тело, душу и дух. Практически все психосоматические и невротические заболевания можно считать болезнями «образа жизни», при этом наблюдается расогласование психической и телесной сферы.

Личностный рост прогрессирует или останавливается в зависимости от наличия гармонии с миром, а это, в свою очередь, определяется соответствием состояния организма, души и духа. При наличии такого соответствия происходит правильное расходование жизненной энергии, соблюдены правила и техники личной психологической безопасности. Поэтому, как только пациент начинает отслеживать ситуации, после которых у него возникают ухудшения физического самочувствия, и научается связывать свое болезненное

состояние с эмоциональным сдерживанием, важно переходить к обучению управлению эмоциями, обучению моделям совладания.

В последнее время мы наблюдаем интервенцию клинической психологии в общемедицинскую практику. Во-первых, в медицину приходят врачи, которые получают в период обучения в медицинском вузе подготовку в области общей и медицинской психологии. Во-вторых, психология все больше проникает в жизнь человека с экранов телевизора, из популярной литературы, и сами пациенты начинают обращаться за консультацией к психологу, отличая его от психотерапевта и психиатра, тем самым снимая собственные страхи быть осмеянными. В-третьих, врачи-исследователи стали включать в свои научные разработки и в практику лечения психологические методы исследования, понимая, что психологический диагноз раскрывает глубину психологических причин заболеваний и обогащает научные выводы. Но статус психолога в здравоохранении остается невысоким. Особенно потому, что в условиях кризиса пациент оказывается перед выбором, какие диагностические процедуры он имеет возможность оплатить в первую очередь. И нередко предпочтение отдается медицинской диагностике.

Вместе с тем психолог, приходящий в достаточно агрессивную (в плане ситуаций, связанных с жизнью человека и его здоровьем) медицинскую среду, сталкивается с целым рядом проблем. Для того чтобы врачи приняли клинического психолога, необходимо соблюдение ряда условий: во-первых, стороны должны выработать общий понятийный аппарат; во-вторых, понять, что работа может строиться только в совместной деятельности в интересах больного; в-третьих, и те, и другие не должны претендовать на чужое «поле», должны научиться слышать друг друга. Но есть и дополнительные требования, которые должна усвоить каждая сторона. Клинические психологи, работающие, как правило, на территории медиков, должны помогать врачам в работе с личностью больного, в чем они, безусловно, более компетентны, но понимать, что всю ответственность за лечебные мероприятия, в том числе и психологическую помощь и коррекцию, несет врач. При этом сами врачи должны иметь хорошую психологическую подготовку, чтобы суметь поставить задачу клиническому психологу и понимать сделанные им выводы и заключения.

Пути взаимодействия и взаимопонимания врачей и психологов следует искать в следующих направлениях. Наиболее перспективным является опыт коллег из Германии в области подготовки психотерапевтов, где существуют врач-психотерапевт и психолог-психотерапевт. Они отлично взаимодействуют и работают с пациентом совместно или бригадой. Врачей важно подготовить в области психологии, психологов – по основам медицины, психиатрии и психотерапии. И в этом плане совместная работа коллег в области психосоматической медицины, как научной, так и практической, разрабатываемая Санкт-Петербургской психосоматической ассоциацией, является наиболее перспективной и может служить моделью построения таких взаимоотношений, способом разработки единого концептуального и семантического поля, метаязыка. Результаты данной работы дают развитие новым методологическим принципам клинической психологии.

Проблема адаптации личности в клиничко-психологическом исследовании

А. А. Рыбкин, Е. Л. Николаев

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

В современных условиях существенных изменений как в социально-экономической, политической, экологической сферах, так и в деятельности самого индивида проблема адаптации становится все более и более актуальной. Будучи одной из центральных проблем клинической психологии, проблема адаптации личности тесно связана с физическим и психологическим здоровьем человека, образом его жизни, благополучием и удовлетворенностью жизнью. При этом ведущую роль в развитии адаптационных процессов играют структуры личности, которые являются отражением складывающихся отношений и связей с существенными характеристиками человеческой жизни (Братусь Б.С., 1997).

Само понятие адаптации связано с именем немецкого физиолога Х. Ауберта, который во второй половине XIX века пользовался этим термином для характеристики повышения или понижения порога чувствительности органов зрения и слуха в ответ на действие раздражителя (Белинская Е.П., Тихомандрицкая О.А., 2001).

Научные трактовки сущности адаптации впервые появились в работах Ч. Дарвина и его последователей. Под адаптацией понималась совокупность происходящих в организме изменений, более или менее адекватных изменяющимся раздражителям внешней среды (Глоточкин А.Д., 2001).

В начале XX века проблема адаптации вышла за рамки эволюционной теории и стала проникать в психологию, медицину, социологию, экологию и др. науки.

С медико-биологических позиций вопросы адаптации наиболее полно представлены в работах У. Кеннона. Он рассматривал организм как целостную систему, способную приспосабливаться к внешней обстановке и обладающую определенным ресурсом для поддержания устойчивого состояния организма – гомеостаза. При нарушении гомеостаза возникает неравновесное состояние, которое и запускает процесс адаптации.

В настоящее время в психологии существует ряд теорий, прямо или косвенно разрабатывающих проблемы адаптации. Так, основное внимание психоаналитической концепции адаптации направлено на исследование развития защитных механизмов личности. В работах З. Фрейда адаптация рассматривается как защита от неврозов путем взаимодействия таких подструктур личности, как «Ид», «Эго» и «Супер-Эго», которые позволяют приспособиться к среде через механизмы «психологической защиты» (Фрейд З., 1991). С позиции индивидуальной теории личности А. Адлера неполноценность и стремление к превосходству являются теми механизмами частичной или полной компенсации, которые приводят личность к адаптации в социальной среде (Адлер А., 1995).

В центре процесса адаптации, по мнению представителей бихевиоризма (Н. Миллер, Дж. Доллар), находится подражание. Подражание является тем способом, благодаря которому с наименьшими затратами на преобразование формируются и изменяются социальные установки личности.

А. Бандура, представитель социально-когнитивного направления, считает, что человеку свойственно регулирование своего поведения на основе прогноза действий и понимания того, к каким последствиям данное поведение может привести. Наблюдение за последствиями реакций дает человеку информацию, которую он может направить на активное изменение событий, влияющих на его жизнь, изменяя способ реакции на них (Хьелл Л., Зиглер Д., 2003).

Стоит отметить, что процесс адаптации индивида зависит не только от средовых и внутриличностных факторов как таковых. Важной составляющей являются внутренние взаимосвязи между характеристиками личности, которые образуют ее уникальный адаптационный потенциал и формируют стратегии приспособления к факторам внешней среды.

По мнению представителей психоаналитического направления (З. Фрейд, Г. Гартман), процесс адаптации определяется конфликтами в развитии личности, и, соответственно, функционированием защитных механизмов, которые благоприятно решают эти конфликты и приводят личность к психическому равновесию (Александрова Л.А., 2004).

Согласно гуманистическому направлению (А. Маслоу, К. Роджерс), факторами адаптации выступают индивидуальные особенности, которые характеризуют самоактуализирующуюся личность: высокий показатель конгруэнтности «реального Я» и «идеального Я», ценностные ориентации с точки зрения их нормативности в обществе (Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А., 2002) и т.д.

В рамках интеракционистского направления (Л. Филипс) указывается, что на адаптацию влияют как внутриспсихические (личностные черты: целеустремленность, активность, самостоятельность), так и средовые факторы (условия воспитания).

В отечественной психологии в рамках деятельностного подхода (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, К.А. Абульханова-Славская и др.) основным условием адаптации является деятельность. Деятельность понимается как сложная динамическая система взаимодействия субъекта с миром, в процессе которого и формируются свойства личности.

Н.Л. Коновалова (2000) рассматривает адаптационный потенциал личности как совокупность внутриличностных факторов, которые определяют эффективность адаптационных изменений и характеризуются рядом составляющих, таких как уровень психического развития, личностные особенности и система отношений, характер и содержание психологических проблем, позиция личности по отношению к ним.

Потенциал адаптации при этом не ограничивается способностью выдерживать адаптационную нагрузку, сохранив работоспособность и устойчивость личности. Соответствующие адаптационному потенциалу свойства личности представляют собой временной показатель этого потенциала, который проявляется и реализуется в деятельности и системе отношений человека.

Свойство личности приобретает качество ресурса только в контексте адаптационного процесса. То есть обозначить свойство личности как ресурс – значит соотносить его с условиями протекания адаптационного процесса. В данном контексте все индивидуально-психологические характеристики личности в определенных обстоятельствах могут выступать в качестве ресурсных.

Адаптационный потенциал личности становится таким образом собирательным понятием, которое определяет набор субъектных факторов, раскрывая тем самым направление и интенсивность психосоциального развития.

В качестве факторов адаптации могут выступать условия и обстоятельства, определяющие ее скорость и уровень. Разные авторы определяют различные факторы адаптационного ресурса.

Б.Г. Ананьев разделяет факторы, влияющие на успешность протекания процесса адаптации, на две группы: субъективные и средовые. К субъективным автор относит демографические, физиологические и психологические характеристики человека; к средовым – условия жизнедеятельности, режим и характер деятельности, особенности социальной среды.

Л.Г. Лаптев выделяет четыре фактора социально-психологической адаптации личности: когнитивные способности и особенности когнитивных процессов личности, особенности эмоциональной сферы личности, условия и особенности практической деятельности и мотивация личности (Ларионова С.А., 2002).

Т.А. Кухарева (1980) подчеркивает важную роль активности личности, выделяя ее аспекты: активность в общении, активность в деятельности, интеллектуальную активность, которые проявляются в таких личностных качествах, как инициативность, самостоятельность, целеустремленность.

В своих исследованиях С.А. Ларионова (2002) выделяет следующие факторы, определяющие адаптацию личности: 1) ценностные ориентации, направленность личности; 2) «Я-концепцию» личности; 3) базовую социальную потребность личности в позитивном отношении и самоотношении; 4) индивидуальные особенности личности, определяющие адаптационные ресурсы; 5) адаптационные свойства интеллекта; 6) эмоционально-волевой компонент. В качестве факторов дезадаптации С.А. Ларионовой выделяются несформированность высших социальных мотивов, низкий уровень развития нравственных качеств личности, асоциальные тенденции.

Одна из специфических форм проявления адаптационного потенциала – это преодоление личностью неблагоприятных условий ее развития. Неблагоприятные условия могут быть заданы как соматическими заболеваниями, так и внешними неблагоприятными условиями. Существуют заведомо неблагоприятные условия для формирования личности, которые могут влиять на ее развитие, но их влияние может быть преодолено.

Понятие жизнестойкости также используется в контексте проблематики преодоления неблагоприятных условий. Отношение человека к изменениям, как и его возможности воспользоваться имеющимися внутренними ресурсами, которые помогают эффективно управлять ими, определяют, насколько личность способна совладать как с повседневными трудностями и изменениями, так и с околоэкстремальными и экстремальными стрессорами (Мадди С., 1994).

Таким образом, проблема адаптации личности является предметом междисциплинарного научного интереса в течение многих десятилетий. Высокая значимость данной проблемы для клинико-психологических исследований определяется теоретической важностью и практической востребованностью новых знаний в этой области для совершенствования диагностики нарушений адаптации личности, развития системы психологической помощи и профилактики. Множество взглядов на роль личностных структур и факторов адаптационного потенциала диктует необходимость их глубокого анализа для последующего создания интегративной модели адаптации личности.

Современные клиническая психология и медицина – векторы встречи

Н. А. Сирота

(Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия)

Современная медицина, несмотря на весьма интенсивное развитие ее в части внедрения современных технических и фармакологических средств, остро нуждается в квалифицированных клинических психологах. Откровенно редуционистский подход в медицинском образовании претерпевает кризис. Становится очевидным, что холистические взгляды на человека, связывающие его психическую жизнь и жизнь его организма воедино, необходимы для развития современной медицины. Поэтому клиническая психология призвана открыть новые перспективы в области профилактики, лечения и реабилитации.

С этой точки зрения необходимым является развитие важнейших теоретико-методологических и, что особенно важно, прикладных направлений клинической психологии, обучение клинических психологов современным аспектам их деятельности в медицине, формирование у них не только представлений, знаний, но и практических навыков оказания квалифицированной психологической помощи.

Однако в этом и состоит большая проблема, ведь вектор встречи этих двух категорий специалистов современного здравоохранения не определен ни со стороны медицины, ни со стороны клинической психологии.

Сегодня мы не можем говорить о ясно сформулированном запросе отечественной медицины в отношении деятельности клинических психологов. Для врачей он недостаточно ясен. Более чем очевидно, что этот процесс не должен быть односторонним. Клиническая психология, являясь самостоятельной наукой, должна формулировать свои цели и задачи сама, и они должны отвечать потребностям современной медицины.

Такие потребности высоки. Камни преткновения современной медицины лежат в русле клинической психологии: проблемы формирования комплаенса, приверженности к лечению, мотивации на включение в лечение, преодоление болезни, изменение поведения и продвижение в сторону здоровья, укрепление ответственности за здоровье и жизненную эффективность, проблема профилактики социально значимых расстройств, реабилитации и восстановления, формирования командного подхода в медицине, эффективных медицинских коммуникаций и т.д. Это лишь несколько примеров наиболее актуальных проблем современной медицины, без решения которых медицинская помощь не будет способна повысить свою эффективность.

Итак, очевидно, что подготовка клинических психологов не может происходить без использования широких возможностей разнообразных клинических баз, без диалога с врачами и всем медицинским

персоналом. Более того, если говорить о подготовке клинических психологов в соответствии с новым государственным стандартом, то она, очевидно, должна быть изменена в сторону приближения выпускников факультетов клинической психологии к медицинскому образованию. У врача и клинического психолога должно быть одно понятийное поле, взаимодействуя в котором они принесут больше пользы больному. Это возможно при усилении взаимопонимания, которое в настоящий момент только-только намечается и в большей степени отсутствует.

В качестве примера рассмотрим ряд важнейших клинико-психологических стратегий в медицине.

Это прежде всего постановка клинико-психологического функционального диагноза. Само понятие «психологический диагноз» указывает прежде всего на тесную связь с медициной. Еще Л.С. Выготский установил три ступени психологического диагноза. Первая ступень – симптоматический (эмпирический) диагноз. Он может ограничиваться только констатацией определенных психических особенностей или симптомов, по которым затем делается практический вывод. Такой диагноз не считается чисто научным, так как симптомы не всегда выявляются профессионалами. Симптоматический диагноз доступен практически всем, кто окружает обследуемого. Один из основных методов постановки симптоматического диагноза – наблюдение и самонаблюдение, высокий субъективизм которых хорошо известен. Вторая ступень – этиологический диагноз. Он учитывает не только наличие определенных психических особенностей (симптомов), но и причины их возникновения. Выяснение возможных причин особенностей переживаний, поведения, отношений человека – важный элемент психологического диагноза. Третья ступень – типологический диагноз (высший уровень). Заключается в определении места и значения полученных результатов в среднестатистическом ряду, а также в целостной картине личности.

Согласно Л.С. Выготскому, диагноз неразрывно связан с прогнозом, однако прогноз требует умения настолько понять «внутреннюю логику самодвижения» процесса развития, чтобы суметь на основе имеющейся картины настоящего предвосхитить путь последующего развития. Прогноз требует умения видеть и соединять воедино прошлое, настоящее и будущее.

Таким образом, психологический диагноз не ограничивается констатацией, а необходимо включает предвидение и выработку рекомендаций, вытекающих из анализа всей совокупности данных, полученных в ходе обследования в соответствии с задачами, а на современном этапе – разработку и осуществление конкретных психологических, консультативных и психотерапевтических стратегий помощи.

Цель постановки клинико-психологического функционального диагноза – формирование активного сотрудничества больного с клиническими психологами и командой медицинских работников, что дает основание для наиболее полной актуализации его внутренних компенсаторных и адаптивных возможностей.

На основании клинико-психологического функционального диагноза клинический психолог может выполнять одну из важнейших своих задач – формировать и укреплять приверженность больного к терапии и мотивировать его на изменение его патогенного поведения в направлении сохранения и укрепления здоровья.

В этой связи важнейшими задачами клинического психолога становятся следующие. Измерение и мониторинг специфических для больного стрессоров. Очевидным и уже доказанным медицинской психологией является факт участия психологического стресса в формировании целого ряда заболеваний. Не менее очевиден факт развития специфических стрессовых реакций и стрессовых состояний, являющихся следствием заболевания. Таким образом, контроль над специфическими и неспецифическими стрессами и стрессорами, их измерение и адекватная психологическая помощь с целью совладания с ними является одной из актуальнейших задач в работе клинического психолога.

Хронические, склонные к прогрессированию и протеканию с обострениями заболевания приводят к существенным ограничениям во всех составляющих нормального существования человека. Эти ограничения формируют реагирование больного на заболевание, которое вплетается как психический фактор в его патогенез. В то же время в большинстве обзоров литературы по изучению личностных особенностей у больных с различными заболеваниями авторы указывают на несомненную значимость установления достоверных связей между личностными характеристиками, сочетающимися с длительной эмоциональной напряженностью, не находящей решения в действии, и тяжело протекающими формами большинства заболеваний.

Попытки ученых найти решение вопроса о том, почему под влиянием психологических стрессоров в одних и тех же условиях среды одни люди заболевают, а другие нет, привели к двум следующим выводам. Во-первых, в промежутке между стрессом и ответом на него находятся процессы совладания со стрессом; во-вторых, то, каким способом люди совладают со стрессом, преодолевают его, в целом даже более важно для сохранения здоровья и успешного социального функционирования, чем природа стрессора, частота его воздействия и т.д. Это привело к созданию концепции копинга – совладания со стрессом. Теория совладающего поведения стремительно выросла и заняла центральное место в современной теоретической модели стресса, эмоций и формирования различных заболеваний. В связи с этим бурно развивающимся в клинической психологии направлением важным является умение клинического психолога проводить диагностику ведущих копинг-стратегий и копинг-ресурсов пациента с целью разработки для него индивидуального плана психологического консультирования, психотерапии и реабилитации в целом.

Разработанная модель копинг-профилактики стала научной основой для создания и последующего внедрения в практику программ формирования здорового жизненного стиля нового поколения (Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский).

Возникшая в последние десятилетия концепция преодоления болезни и ее методологическое обоснование спровоцировали появление и развитие таких клинико-психологических технологий, как мотивационное консультирование, технологии психологической профилактики рецидивов, психологические технологии формирования приверженности к лечению и повышения качества жизни пациента. В настоящее время трудно представить себе область медицины, где эти технологии не были бы востребованы и остро необходимы.

В процессе лечения больных наиболее важным аспектом является активизация личной ответственности больного за исход лечения, его возможности контролировать ситуацию восстановления. Это делает его активным субъектом преодоления болезни, а не пассивным объектом терапевтического воздействия.

Интегративные процессы, затрагивающие медицину и клиническую психологию, приводят к расширению понятия «внутренняя картина болезни» как сложно структурированного образования, которое включает по крайней мере четыре уровня психического отражения болезни (Р.А. Лурия, В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина). Авторами уровни внутренней картины болезни обозначены как сенсорный (сенситивный), включающий совокупность ощущений, испытываемых больным и отраженный в его жалобах, а также общее телесное самочувствие как целостный чувственный оформленный образ; эмоциональный, содержание которого составляют эмоциональные реакции на болезнь, ее отдельные проявления, последствия болезни; интеллектуальный, содержащий совокупность знаний и представлений больного о собственной болезни и ее последствиях, его оценки, размышления о болезни, ее природе, лечении; и мотивационный, включающий личностный смысл болезни и ее последствий в контексте целостной жизни человека, его личности, прошлого и будущего. В этом контексте обозначилась необходимость для клинических психологов работать с пациентом, окружающей его средой, медицинским персоналом в направлении адекватного формирования у пациента внутренней картины болезни, что тесно связано с такими понятиями, как комплаенс и приверженность к лечению.

Стало очевидно, что несоблюдение приверженности предписанной терапии и режиму влечет за собой формирование резистентности, неблагоприятного исхода заболевания, обострений, рост летальности, неблагоприятные экономические и социальные последствия, как для больного, так и для общества. При этом очевидной стала необходимость формирования приверженности не только к терапии, но и к поведенческому стилю, направленному на продвижение к здоровью. Без этого направления деятельности усилия медицины рискуют быть бесполезными.

Данная позиция легла в основу нового направления – мотивационного консультирования по формированию приверженности к терапии и изменениям поведения. Обучение клинических психологов данным технологиям становится острой потребностью.

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что понимание клинической психологии как неотъемлемой отрасли медицины как с теоретической, так и в особенности с практической точки зрения сегодня является очевидной необходимостью. Это понимание позволяет проводить адекватную профилактику, психологическое консультирование и психотерапию, способствовать формированию приверженности к лечению и здоровому жизненному стилю пациента, помогает ему адекватно включаться в лечебно-реабилитационный процесс, активно преодолевая заболевание и изменяя поведение. Все это значительно повышает эффективность профилактических и лечебно-реабилитационных усилий и, что самое главное, шансы человека жить полноценной и плодотворной жизнью.

Социально-психологические аспекты медико-психологической практики

В. А. Урываев

(Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,
Ярославль, Россия)

Предмет психологии часто трактуется как «психические процессы, состояния и свойства личности». Однако уже давно ряд ученых настойчиво подчеркивает, что это определение неполное и в него нужно обязательно включать четвертую, весьма специфическую, группу психических феноменов, а именно те, которые возникают в процессе «межличностного взаимодействия». Эти феномены (шаг за пределы «покрытого кожей индивида») традиционно – предмет социальной психологии.

Недостаточно профессионально подготовленных в сфере социальной психологии врачей вводит в заблуждение физическая целостность человека.

Мы утверждаем, что социально-психологические проблемы во многом определяют поведение врача и в конечном счете эффективность его работы сразу по многим параметрам.

Социальная психология «больших групп» («поле», где психология и социология наиболее близко соприкасаются). Что обнаруживаем здесь безусловно важного для медицины?

Первая – формирование общественного мнения в пользу обращения к врачу. Зарубежными исследованиями выявлено, что «карьера» заболевания начинается задолго до обращения к врачу. Собственно визит – это уже «третья» ступень в изменение поведения человека при заболевании. Первая – «со мной что-то не так» – характеризуется намерениями человека больше «прислушиваться» к работе организма; вторая – «я заболел» – констатация факта необходимости что-то предпринять для лечения заболевания, предупреждения развития болезни. Между ступенью «я заболел» и ступенью «я обратился к врачу» констатируется самое разнообразное поведение человека (внимание к рекламе, обращение непосредственно к работникам аптек, знахарям, друзьям и проч.). Что же в конечном счете определяет решение? Ни пол, ни возраст, ни состоятельность, ни интеллект и проч. На первое место вышло доверие населения к врачу. Формирование позитивного общественного мнения – задача типично социально-психологическая – пока никак не ставится руководством ни областей, ни РФ в целом. Подчеркнем, наличие у здравоохранения позитивного «имиджа» – залог своевременного обращения к врачу тысяч граждан и экономия значительного количества лекарств (лечение ранних стадий заболевания, безусловно, дешевле).

Здесь же находится и пропаганда здорового образа жизни, и проблемы выбора лекарств, и реакция населения на чрезвычайные ситуации, угрожающие здоровью и проч. О привлечении дипломированных психологов к работе по этим проблемам нам неизвестно.

Для руководителей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в этом сегменте стоят задачи выработки стратегии и тактики продвижения медицинских услуг на рынке (в широком понимании этого слова).

Социальная психология малых групп и коллективов. Отчасти этот уровень социально-психологического анализа проблем смыкается с первым (через экономическую проблематику).

Пример из практики. Автору публикации один из руководителей ЛПУ еще несколько лет назад задачу сформулировал предельно четко: «Мне надоело финансировать зарубежное здравоохранение» (имея в виду, что недовольные качеством медицинских услуг пациенты «увозят» деньги на Запад). По мнению директора клиники, внедрение психологически обоснованных рекомендаций по отбору и обучению персонала смогут привлечь в его клинику дополнительных клиентов. «Мне, – сказал он, – в частности не нравится тот факт, что я посылаю человека на повышение квалификации, но после этого на его рабочем месте не меняется ничего».

Подчеркнем, психологические рекомендации в подобном случае важны не до освоения высокотехнологических операций и лечения в целом, а после этого (либо параллельно, с осознанным курсом ЛПУ на высокое качество медицинских услуг). Психология не заменяет работу врача, она ее обогащает.

К сожалению, психология управления, психология администрирования все еще недостаточно внедрены в практику работы ЛПУ. В этом направлении социальная психология, по нашему убеждению, представляет значительный ресурс развития, повышения качества работы учреждений.

Социальная психология малых групп – это не всегда работа в отделении стационара или, скажем, в рамках операционной бригады (к примеру, в Германии существует практика «психологического тренинга» операционных бригад, ставящая своей целью срабатываемость членов бригады до операции, а не уже во время ее).

Для врача общей практики (а тем более для семейного врача) актуальной проблемой является социальная психология семьи как малой группы. Семья является, пожалуй, одним из самых ярких примеров существования социально-психологических феноменов. Феномены семьи никак не сводятся ни к психологии мужчины, ни к психологии женщины, ни к психологии детей или родни и друзей семьи (включая домашних животных). Корректировать необходимо то, что лежит «между» участниками семейной драмы, что возникает в ходе взаимо-действия. (Любопытно, что ряд ученых предлагает в принципе отказаться от исчисления жителей планеты по «головам» и считать «по семьям», а отдельного человека считать как «неполную семью».)

Детские психологи однозначно убедились, что предметом их коррекционной работы не может быть отдельный симптом, а всегда система семейных отношений + отдельный симптом. При попытке коррекции алкогольной зависимости мы не можем обойтись без коррекции семейного уклада, часто именно в нем и лежит основная проблема. На очереди широкое внедрение семейного подхода в практику врача общей практики. Согласно исследованиям, семейные люди реже болеют, реже страдают психическим отклонениями, более успешны в карьере и, наконец, позже уходят из жизни (существенно быстрее уходят из жизни разведенные и вдовцы, и еще быстрее – люди, никогда не создававшие семей).

Психология общения (взаимодействия) – пласт социально-психологической практики, который можно поместить между социальной психологией малых групп и социальной психологией личности.

Тема «общение врача» редко занимает больше нескольких часов в современных учебных курсах для студентов-медиков и почти никогда не проверяется на усвоенность практических навыков общения (не говоря уже о включении этой темы в вопросы ГЭК или повышение квалификации). Одновременно на международном уровне признано, что профессионально подготовленное общение врача:

- снижает количество принимаемых лекарств;
- ускоряет выздоровление;
- удлиняет сроки ремиссии.

Международным врачебным сообществом признано необходимым внедрять как можно активнее (учитывая реальное, близкое к «нулевому» положение дел в этой сфере) преподавание тем, связанных с общением врача. Они рекомендуются и на доклиническом этапе подготовки, и при преподавании на клинических кафедрах, и на постдипломном уровне, и далее (это записано в решениях семинара, проводимого под эгидой ВОЗ в Женеве специально по данной теме еще 1993 году).

Принципиально важной представляется опора на социально-психологическую теорию при анализе феномена, который, к большому сожалению, недостаточно изучается в современной практике отечественного здравоохранения (однако широко исследуется за рубежом). Мы имеем в виду феномен комплаенса – коэффициента (так он чаще кратко определяется), отражающего соотношение фактически получаемого лечения и лечения, предписанного врачом. Конечно, врачам хотелось бы иметь коэффициент, максимально близкий к единице. Однако он в действительности всегда отличается от этой цифры. По наблюдениям ученых, максимального значения он достигает при кратковременной интенсивной лекарственной терапии и минимальных значений, скажем, при рекомендации изменить образ жизни.

В экономическом измерении это приводит к тому, что до трети (экспертная оценка по России) лекарств (!) не используются по назначению. Какова стоимость (в рублях) психологической неподготовленности врачей в этом вопросе, остается только догадываться.

По нашему мнению, в медицинской (клинической) психологии важны темы не только внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья, но и (вводимый нами концепт) внутренней картины лечения, отражающей активное отношение пациента (клиента) к медицинским назначениям и проводимым с ним медицинским манипуляциям.

Социальная психология личности. В этом вопросе конфликт во врачебной практике между явственно видимым (физическим) и реально влияющим на поведение человека (интра-психическим) достигает своего максимума. Проблемы истории жизни человека (и своей собственной истории становления), проблемы человека как элемента системы отношений (и себя, как звена системы профессиональных и просто межличностных связей), проблемы единства будущего, настоящего и прошлого (для обеих сторон) и многие другие проблемы, близко и хорошо знакомые профессиональному психологу, для врача зачастую открываются в виде некоторого «сюрприза». Тем не менее они существенно влияют на формирование (детерминацию) того или иного способа поведения.

Этому взгляду, однако, есть некоторое оправдание, лежащее в системе образования и профессиональной подготовки студентов-медиков, рисующей человека как «макробионта» (термин взят из медицинской литературы). Подчеркнем, что из приблизительно 6000 аудиторных часов на изучение психологии (вместе с педагогикой) отводится 94, то есть 1,5% учебного времени (вряд ли мы можем отнестись к психологии курс психиатрии и наркологии, посвященный грубым нарушениям в поведении человека).

В социальной психологии личности мы указали бы как на пример освоенности ролевого поведения врача. Не секрет, что в ситуации заболевания пациенты часто «регрессируют»: становятся раздражительными, плаксивыми, внушаемыми, пугливыми и т.п. Это не является сюрпризом для врача, загадкой является задача повести себя так, чтобы быть адекватным ситуации.

В медицинской (клинической) психологии вопросам общеврачебной практики уделяется явно недостаточно времени, и мы хотели бы через тему социальной медицинской психологии привлечь внимание специалистов и широкой медицинской общественности к разработке медико-психологических проблем, во многом определяющих качество (и в конечном счете стоимость) медицинских услуг.

Клиническая психология: проблемы и перспективы

С. В. Чермянин, В. А. Корзунин

(Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина,
Санкт-Петербург, Россия)

Повод для написания настоящей статьи, а именно 10-летие выхода приказа Министерства образования РФ 2000 года № 686 о введении в психологической научной отрасли специальности «клиническая психология», по меркам нашей молодой науки более чем подходящий. Во многом благодаря именно этому событию была образована кафедра психофизиологии и клинической психологии на факультете психологии ЛГУ им. А.С. Пушкина. Она стала ответственной за подготовку и выпуск студентов по специальности «клиническая психология».

За прошедший период кафедра доказала свою жизнеспособность, пройдя лицензирование, и осуществила, начиная с 2006 года, пять выпусков молодых клинических психологов. Положительно оценивая в целом подготовку клинических психологов в университете, нельзя не упомянуть и о ряде актуальных проблем, связанных как с организацией подготовки, так и с теоретико-методологическими и научно-практическими проблемами клинической психологии.

С организационной точки зрения беспокойство вызывает тот факт, что количество студентов, обучающихся по специальности «клиническая психология» и достигающих выпуска, с каждым годом несколько сокращается. В то же время сами студенты высказывают глубокое удовлетворение тем, что выбрали именно эту специальность обучения. В связи с этим мы склонны расценивать эту тенденцию не как

свидетельство потери интереса или мотивации студентов к обучению по специальности «клиническая психология», а как выражение определенных демографических проблем и достаточно глубоких кризисных явлений в развитии общества. Надеемся, однако, на изменение этой ситуации в ближайшем будущем.

Наш оптимизм базируется на хорошо известных закономерностях развития клинической психологии в мире. Имеется в виду, что это самая молодая и наиболее динамично развивающаяся психологическая специальность *широкого профиля*, имеющая, как записано в Государственном образовательном стандарте «межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению».

Хорошо известно, что клинические психологи составляют в развитых странах мира от 40 до 60% психологов всех специальностей (Американская Национальная ассоциация, Косырев В.Н., 2003). По данным Г.В. Залевского (2005), в США около 100 000 таких специалистов. Ричард Аткинсон (1999) указывает, что количество клинических психологов в этой стране растет примерно на 1% в год. В Западной Европе клиническая психология является ведущей психологической дисциплиной, что отражается как в научной деятельности университетов, так и в практической деятельности психологов и психотерапевтов (Бауман У., Перре М., 1998)

По сравнению с западными странами, потенциал востребованности клинических психологов в нашей стране очень велик. По подсчетам только Минздрава (Залевский Г.В., 2005), требуется не менее 40-50 тысяч таких специалистов. В России на сегодняшний день всего трудится приблизительно 2500 клинических психологов. Их число за последние 5 лет увеличилось более чем в два раза. По расчетам, только для населения Санкт-Петербурга потребность в клинических психологах в ближайшее время может составить 700-800 человек.

Клиническая (медицинская) психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в ней пересекаются интересы медиков и психологов. Это имело своим следствием нечеткость ее принадлежности: и медицина, и психология считали клиническую психологию своей отраслью. Из-за «межотраслевого» характера возникли и продолжают иметь место теоретико-методологические проблемы дефиниции самой науки, истории ее становления, предмета, объекта и задач. Решение этих вопросов связано с разрешением разногласий в научном мире по поводу соотношения и определения понятий «клиническая» и «медицинская» психология.

Взгляды ученых различных научных школ на эту проблему различаются. Представители *ленинградской школы*, которая формировалась в основном специалистами с базовым медицинским образованием (В.Н. Мясищев, М.М. Кабанов, Б.Д. Карвасарский, Л.И. Вассерман и др.), обычно настаивают на идентичности понятий «медицинская» и «клиническая» психология, предлагают проводить подготовку клинических психологов в медицинских вузах (даже в рамках медицинской специальности). Представители *московской школы*, которую традиционно представляли психологи с базовым психологическим образованием (Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков, Е.Д. Хомская и др.), подчеркивают неразрывную связь клинической психологии с психологической наукой и необходимость фундаментальной психологической подготовки клинических психологов.

«Масла в огонь» подлили почти одновременные решения двух министерств (здравоохранения и образования) о подготовке студентов по специальности «клиническая психология» на психологических факультетах университетов (приказ Министра образования 2000 года №686) и в медицинских вузах (приказ Министерства здравоохранения 1996 года №391).

С этого времени научные споры перешли уже в рамки методологических проблем преподавания клинической (медицинской) психологии и профессиональной подготовки клинических психологов.

Положение осложняется тем, что методологические разногласия распространяются и на учебную литературу. Член-корреспондент РАО Г.В. Залевский (2005) в качестве одной из наиболее актуальных проблем клинической психологии называет отсутствие фундаментальных отечественных учебных пособий по клинической психологии, написанных психологами и клиническими психологами. Большинство авторов – специалисты с базовым медицинским образованием (психиатры, психотерапевты).

Несмотря на мнение многих уважаемых нами врачей, рассматривающих клиническую психологию как прикладную часть медицинской психологии, определяемую потребностями клиники, мы считаем, что следует принять другое мнение и, присоединившись к мнению многих современных авторов (Роговин М.С., 1969; Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1992; Менделевич В.Д., 1998; Поляков Ю.Ф., 1996; Сидоров П.И., Парняков А.В., 2002; Карвасарский Б.Д., 2004; Деларю В.В., 2008; Холмогорова А.Б., 2010 и др.), рассматривать понятия «медицинская» и «клиническая» психология как синонимы.

В пользу такого решения можно привести следующие доводы.

- 1) Термин «медицинская психология» в отечественной психологии носит скорее исторический характер и отражает в первую очередь истоки или «корни» формирования клинической психологии как науки.
- 2) Именно понятие «клиническая психология» способствует интеграции российского образования в мировую науку и образование.
- 3) В практике современных клинических психологов оба термина подразумеваются как равноценные.
- 4) Понятие «клиническая психология» способствует пониманию, что клинический психолог – это специалист, который может работать в учреждениях не только медицинского, но и другого профиля – образования, социальной защиты, то есть там, где необходимо углубленное изучение личности человека и

оказание ему психологической помощи.

5) Термин «медицинская психология» используется все реже, а термин «клиническая психология» становится доминирующим.

6) В методическом отношении вопросы, связанные с изучением психологических проблем медицины (которые и составляют предмет исследований медицинской психологии), следует рассматривать в разделе клинической психологии – «психология лечебного процесса».

7) В настоящее время психологическая дисциплина, интегрируемая в систему здравоохранения, также получила наименование «клиническая психология», и в ближайшем будущем, очевидно, такое же название будет принято и для наименования должности психолога в лечебно-профилактическом учреждении. Отметим, что пока название должности клинического психолога и области его деятельности в медицине и здравоохранении – «медицинский психолог».

Сейчас даже в учебных целях сложно дать однозначное **определение клинической (медицинской) психологии**, ее разделов и ее методов. Практически все исследователи согласны только в одном – она возникла на границе медицины и психологии, и ее исследования носят межотраслевой характер. В определении **разделов клинической психологии** также нет общего мнения. Чаще всего в качестве разделов клинической психологии называют *патопсихологию, нейропсихологию и психосоматику*. Однако эти разделы стали настолько самостоятельными, что некоторые исследователи считают их уже отдельными дисциплинами. Фактически клиническая психология в своем предмете объединяет целый ряд более частных научных предметов, которые выделяются в отдельные разделы (Холмогорова А.Б., 2010).

Таким образом, формирование структуры клинической психологии далеко не завершено. «Разногласица» в научном мире, конечно, связана с тем же «межотраслевым» характером науки и большим разнообразием практических функций и видов деятельности клинических психологов (диагностическая, экспертная, коррекционная, профилактическая, реабилитационная, консультативная, научно-исследовательская и некоторые другие).

Говоря об актуальных проблемах клинической психологии, следует остановиться на другом важном вопросе, касающемся практической деятельности клинических психологов в учреждениях здравоохранения, а именно вопросе их взаимодействия с медицинским персоналом.

Не секрет, что клинические психологи в медицинских учреждениях работают как бы на «чужой» территории, их деятельность регламентируется (даже не всегда четко) документами Минздрава, где узаконено их зависимое положение от врачебных решений. Отсюда сформировалось отношение врачей к клиническим психологам как бы «свысока».

Существующее положение обусловлено в немалой степени тем, что произошла «передача» подготовки клинических психологов из медицинских вузов в гуманитарные университеты, что значительно снизило в глазах врачей ценность и необходимость знаний по клинической (медицинской) психологии.

Практикующие врачи очень быстро стали «забывать», что необходимость и важность психологических знаний и самой медицинской психологии для повышения эффективности лечебного процесса была обоснована выдающимися отечественными врачами: В.М. Бехтеревым, И.П. Павловым, В.Н. Мясищевым, М.С. Лебединским, а также их не менее известными последователями, в первую очередь ленинградской «школы» медицинской психологии (Б.Д. Карвасарским, М.М. Кабановым, А.Е. Личко, В.К. Мягер, Н.Я. Ивановым, В.А. Ташлыковым, Л.И. Вассерманом и др.). В отечественной системе высшего медицинского образования преподавание медицинской психологии было введено с 1965/1966 учебного года. Столь важная роль медицинской психологии для практического здравоохранения определила настоятельную потребность ее изучения будущими врачами.

В последнее время в медицинской научной литературе и диссертационных исследованиях по терапии, психиатрии и психосоматике все чаще появляется понятие *комплаенс* (от англ. compliance — согласие, соответствие, податливость, приверженность). Во врачебной практике это по сути добровольное и осознанное соблюдение режима приема лекарственного препарата пациентом, следование им предписанному режиму лечения, сотрудничество между врачом, больным и членами его семьи. Именно уровень *комплаенса*, по мнению многих врачей, является главным фактором эффективности терапии. В связи с этим хочется привести мнение автора статьи о лечении алкоголизма: «Бурную американизацию русского языка, видимо, уже не остановить. Вот и в отечественной психиатрии недавно появился новомодный термин «комплаенс». Похоже, что люди тяготеют к подобным словам потому, что, употребляя их, кажутся себе более значительными... действует магия иностранных слов».

Для нас интерес представляет другое: некоторые врачи понимают комплаенс даже как «повиновение», «подчинение» пациента врачу. Отсюда они делают вывод: в низкой эффективности лечения виноват низкий уровень комплаентности, то есть вина волат больного и его неправильное поведение.

В этом, на наш взгляд, проявляется отсутствие знаний психологии лечебного процесса у врачей и игнорирование работы по изучению личности больного, выявлению формирующейся у него мотивации к лечению. Именно неустойчивость мотивации к лечению объясняет низкую *комплаентность* больного. А для учета психологических факторов лечебного процесса и личностных особенностей больного врачу необходимы знания по клинической психологии. Б.Д. Карвасарский (2004) приводит данные о том, что лишь 10-15% деятельности здравоохранения реализует лечебно-оздоровительный потенциал человека, если усилия медицинского персонала сосредоточены на «биологическом» его лечении. При более широком

подходе к заболеванию и лечению обнаруживаются дополнительные ресурсы, предоставляемые психологией. По его данным, после инфаркта миокарда примерно у 60% пациентов прогноз зависит преимущественно от психологических факторов, в частности типа отношения к болезни.

Однако на практике анализ причин снижения мотивации к лечебным процедурам часто подменяется обвинением больного и перекладыванием на него ответственности за результаты лечения. В крайних формах это пример игнорирования биоэтических деонтологических принципов о том, что «больной всегда прав» и имеет право на участие в принятии врачебных решений. Знание этих вопросов врачи-лечебники различного профиля должны получать из клинической психологии. Только тогда, когда эти знания будущий врач получает в процессе первичной врачебной подготовки, они естественным образом включаются в систему общих врачебных знаний и модели врачебного поведения и не вызывают отторжения или пренебрежительного отношения к больным и клиническим психологам во врачебной среде.

Остается лишь надеяться и верить в то, что тенденция к сближению, пониманию и уважению позиций врачей, медицинского персонала в целом и клинических психологов в ближайшее время будет только усиливаться.

Становление медицинской психологии в России: историко-методологические аспекты

А. Г. Чудиновских

(Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия)

В становлении отечественной медицинской психологии ведущая роль принадлежала физиологам и врачам, в большой степени сотрудникам и профессорам кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. Психологии, в ее теперешнем научном оформлении и понимании, до второй половины XIX века вообще не существовало. Субъективная психология развивалась в русле философии, имела основным методом исследования самонаблюдение и изучала психику других по аналогии с самим собой.

В России первые экспериментально-психологические исследования осуществили не специалисты-психологи (они упорно держались за умозрительную философскую психологию), а врачи. Да и в Европе важнейший шаг в становлении психологии как самостоятельной науки сделал тоже врач-физиолог Вильгельм Вундт (1832-1920), в 1874 году вышел его труд «Основания физиологической психологии». Именно в первой в мире официальной психологической лаборатории В. Вундта, основанной в 1879 г. в Лейпциге (в 1889 г. на ее базе был создан Институт психологии), проходили стажировку русские врачи-психиатры, которые после возвращения организовали первые психологические лаборатории и заложили основы психологии в нашей стране.

Первая экспериментальная психологическая лаборатория при психиатрической клинике была создана в г. Казани В.М. Бехтеревым в 1885 г., а к середине 90-х годов такие лаборатории при психиатрических клиниках были организованы психиатрами почти во всех крупных городах России. Было бы правильнее называть эти лаборатории психофизиологическими, поскольку работа в них строилась на основе принятой методологии и исследований В. Вундта. В лаборатории Казанского университета проводились психометрические исследования больных, лиц, находящихся в гипнозе, измерялась скорость психических процессов в различное время дня, исследовался объем памяти в его зависимости от скорости следования сигналов, их группировки и других переменных. Аналогичные изыскания проводились и в других экспериментально-психологических лабораториях, вскоре открывшихся по всей России. Вновь следует подчеркнуть, что во многом энтузиазм первых исследователей был связан с возможностью опоры на клинический опыт и решения конкретных задач врачебной практики.

После приезда в Санкт-Петербург, уже в 1894 г., В.М. Бехтерев внес мотивированное предложение в конференцию Военно-медицинской академии об учреждении в ней особой кафедры психологии, в 1896 г. основал журнал «Обзор психиатрии, неврологии, экспериментальной психологии и гипнотизма», где публиковались результаты психологических исследований, а в 1901 г. В.М. Бехтеревым и его учениками было организовано Русское общество нормальной и патологической психологии.

В.М. Бехтерев считал, что «психология – это наука о психической жизни вообще в широком смысле этого слова, и поэтому она должна включать в свой состав такие области, как общая психология, индивидуальная психология, зоопсихология, общественная психология, патопсихология, военная психология, генетическая психология, история психологии»). В.М. Бехтерев называл себя представителем объективной психологии, однако, в отличие от И.М. Сеченова, который полагал необходимым изучать объективными методами именно психические процессы, Бехтерев считал возможным объективное изучение лишь внешне наблюдаемого, т.е. поведения и физиологической активности нервной системы. Однако В.М. Бехтерев уже тогда не ограничивался анализом только индивидуального поведения человека. Он дал определение общественной психологии, перечислил круг ее задач, разработал оригинальные методы изучения социально-психологических процессов. С именем В.М. Бехтерева связано становление

отечественной психологии труда; под его непосредственным руководством развивается генетическая психология, центром которой становится Педагогический институт.

Еще одно направление психологической науки, патопсихология, начало складываться на рубеже XX века. Психиатры, испытывавшие необходимость опоры в своей работе на данные психологических исследований, остро ощущали непригодность для практических нужд субъективно-идеалистической психологии с ее интроспективным методом. В.М. Бехтерев подчеркивал, что интроспекция и от здорового требует высокой интеллигентности. «Душевнобольной же часто либо вообще не в состоянии сосредоточиться на своих субъективных переживаниях, либо может не посвящать в них врача по бредовым мотивам; иногда он намеренно или произвольно искажает, преувеличивает или уменьшает и даже отрицает болезненные проявления, симулирует и т. д. Рассказы же больного по выздоровлению утрачивают свежесть и точность», а потому не могут считаться достоверными. Психиатры чувствовали непригодность и метода «аналогии, проникновения», когда психолог как бы становился на место больного, «ибо представить себе (и соответственно передать) душевные переживания психически больного человека просто невозможно». Лечебная практика ставила задачи тонкой диагностики душевных заболеваний, и это послужило толчком к экспериментально-психологическим исследованиям.

Медики, открывшие при клиниках психиатрии экспериментально-психологические лаборатории, изучали не только нарушения психической деятельности, но и особенности психики здорового человека. Становление патопсихологии шло в одном русле со становлением принципов и методов общей психологии, а первые патопсихологи были одновременно первыми представителями экспериментальной психологии. В.М. Бехтерев как родоначальник русской экспериментальной психологии и патопсихологии возглавил борьбу за объективные методы исследования психики. Он критиковал учебники психиатрии того времени с их художественными и часто фантастическими описаниями субъективного состояния душевнобольных, предлагая опираться только на точные данные объективного исследования.

Патопсихологические исследования В.М. Бехтерева первоначально считал составной частью психиатрии, однако уже в начале XX века он вычленил патопсихологию как особую отрасль психологической науки, имеющую свой предмет исследования и выполняющую специфические задачи. Патопсихологические исследования, проводившиеся В.М. Бехтеревым и его учениками, позволили выявить качественные и количественные особенности нервно-психической деятельности отдельных больных, а также динамику психических расстройств в зависимости от изменения условий (влияние музыки, света, цвета, физического труда и различных лечебных факторов). Все это способствовало улучшению диагностики и лечения. Обобщение соответствующих материалов давало возможность подметить особенности, характерные для того или иного психоза, психологическую структуру душевных заболеваний, что выдвигалось психиатрией как насущная задача дифференциального диагноза.

Отвергнув субъективную психологию, В.М. Бехтерев ставил задачу создания новой психологии, базирующейся на строго объективном методе изучения психики. Основной единицей анализа нервно-психической деятельности у него становится рефлекс, рассматриваемый как универсальный динамический механизм, лежащий в основе всех реакций человека. Деятельность человека представляет собой сумму рефлексов, различающихся по сложности и характеру, особенностям организации. Психология заменяется рефлексологией.

В это же время на трудах И.М. Сеченова, И.П. Павлова, А.А. Ухтомского воспитывался Л.С. Выготский, представлявший реформу психологии как развитие науки о поведении: «Только та научная система, которая раскроет биологическое значение психики в поведении человека, укажет точно, что вносит она нового в реакцию организма и объяснит ее как факт поведения, только она сможет претендовать на имя научной психологии». Именно Л.С. Выготский в общих тезисах оформляет концептом речевого поведения «мостик» между физиологическим и психическим в человеке.

После смерти В.М. Бехтерева рефлексология как научное направление перестало существовать. Более того, с ним активно боролись. Многочисленные ученики Владимира Михайловича продолжали свои, фактически рефлексологические, исследования в рамках другого направления – физиологии высшей нервной деятельности, не предпринимая попыток связывать их с общественными науками. Термин «сочетательные рефлексы» вышел из употребления, и большинству специалистов эти рефлексы знакомы как «условные».

Практически одновременно с В.М. Бехтеревым И.А. Сикорский организовал психологическую лабораторию в Киеве. Широко известны были его монографии, посвященные психологии: «Значение мимики в диагностике помешательства» (1877), «Опыт объективного исследования состояний чувства (С кратким указанием на объективные признаки мысли и воли)» (1903), «Педагогическая психология» (1907), «Душа ребенка: (с кратким описанием души животных и души взрослого человека, с 17-ю рисунками)» (1909), «Психологические основы воспитания и обучения» (1909), «Начатки психологии (с 20 фигурами в тексте)» (1909), «Даровитость и талантливость в свете объективного исследования (по данным психофизических коррелятивов)» (1912), «Психологическая борьба с самоубийством в юные годы» (1913), «Книга жизни. Психологическая хрестоматия для школы и для жизни» (1931). За учебник «Всеобщая психология с физиогномикой в иллюстрированном изложении» Военно-медицинская академия удостоила И.А. Сикорского в 1904 г. премии имени Юшенова. И.А. Сикорский создал оригинальную методику изучения психических состояний посредством анализа речевых актов, выражения лица, движений и

положений тела, изменений физиологических отправления и так далее. Эту методику он называл «физиогномикой» – наукой распознавания характеров по внешности.

Одним из самых интересных психиатров своего времени был однокашник В.М. Бехтерева по Военно-медицинской академии и близкий его товарищ В.Ф. Чиж – первый из русских врачей-психиатров, применивший эксперимент в своих клиничко-психологических исследованиях, и один из основоположников психологической теории личности и индивидуальности. В.Ф. Чиж был участником первых международных конгрессов по психологии, составлял обзоры сочинений по психологии в дореволюционных психиатрических журналах и был редактором первого русского издания «Физиологической психологии» известного немецкого психиатра и психолога Теодора Цигена в 1893 г. Наиболее полное знакомство В.Ф. Чижа с идеями и экспериментальными методами физиологической психологии произошло во время его стажировки в Психологическом институте В. Вундта в 1884 г. Вскоре после возвращения в Петербург, в 1885 г., В.Ф. Чиж опубликовал монографию «Научная психология в Германии». Вступив в должность главного врача больницы Святого Пантелеимона в Петербурге, В.Ф. Чиж выписал из Лейпцига аппаратуру для психофизических и психометрических исследований. В 1886 г. он опубликовал результаты экспериментального исследования «Апперцептивные процессы у душевнобольных», выполненного в созданном при больнице психологическом кабинете. Это было первое экспериментально-психологическое исследование, проведенное в России в русле взглядов В. Вундта. Кроме того, в начальный период профессорской деятельности В.Ф. Чижа в Юрьеве под его руководством был защищен ряд диссертаций на степень доктора медицины по экспериментальной психологии.

Результаты своих двадцатилетних теоретических разработок и лабораторных исследований В.Ф. Чиж отразил в монографии «Методология диагноза». Теоретическую разработку проблем личности и индивидуальности В.Ф. Чиж начал в конце 80-х годов, когда опубликовал в журнале «Вестник психиатрии» работу «Элементы личности». Дальнейшее развитие эта концепция получила в работах «Нравственность душевнобольных», «Педагогика как искусство и как наука» и некоторых других. В работе «Биологическое обоснование пессимизма» В.Ф. Чиж наряду с биологическими рассматривал ряд психологических вопросов, что явилось значительным вкладом в развитие теории личности и индивидуальности.

Значительный вклад в становление отечественной психологии внес А.Ф. Лазурский. Этот вклад был бы гораздо весомее, но, к сожалению, Александр Федорович рано (в возрасте 43 лет) скончался. В 1895 г. В.М. Бехтерев открыл при клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии психологическую лабораторию. А.Ф. Лазурский начал заниматься в этой лаборатории еще студентом, а после окончания академии с 1898 г. стал ею заведовать. В 1896 г. он уже публикует в «Неврологическом вестнике» рефераты экспериментальных работ из немецких психологических журналов и результаты своего первого экспериментального исследования. В 1897 г. А.Ф. Лазурский опубликовал первую теоретическую статью, в которой формулирует задачи и методы индивидуальной психологии. После основания в 1904 г. В.М. Бехтеревым журнала «Вестник психологии» А.Ф. Лазурский являлся редактором раздела экспериментальной психологии. Впоследствии он фактически возглавил это периодическое издание. Будучи одним из организаторов Психоневрологического института, А.Ф. Лазурский в 1909 г. возглавил в нем психологическую лабораторию, которая со временем превратилась в центр по изучению психической активности в эксперименте. А.Ф. Лазурский был одним из организаторов Всероссийских съездов по психологии и педагогике. Он создал «Программу исследования личности», а к 1910 г. создал новое направление в изучении личности – метод естественного эксперимента. А.Ф. Лазурский выдвинул концепцию отношений личности, выделил индивидуальную психологию как особую область исследований, создал основы научной характерологии и разработал классификацию личностей.

Весомый вклад в становление отечественной психологии внесли ученики А.Ф. Лазурского, выполнившие в психологической лаборатории клиники душевных и нервных болезней академии свои диссертации: М.И. Аствацатуров («Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции»), А.В. Ильин («О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных»). Ученик А.Ф. Лазурского М.Я. Басов считался одной из ключевых фигур в создании психологии отношений.

Медицинской психологии у В. Вундта обучался и В.М. Нарбут, опубликовавший после возвращения из-за границы книгу «Психологическая лаборатория клиники в Гиссене». Г.Е. Шумков, которого считают одним из основателей военной психологии, впервые попытался применить психологию в деле воспитания и подготовки войск. Он исследовал влияние на психику боевой обстановки, ожидания боя, эмоциональное состояние после боя, чувство тревоги, панику и ее причины. Значительная роль в развитии нейропсихологии принадлежит ученице А.Г. Иванова-Смоленского Н.Н. Трауготт.

Заметный вклад в развитие естественно-научного понимания человеческого поведения сделал В.Н. Мясищев. Многолетние усилия учеников В.М. Бехтерева, прежде всего В.Н. Мясищева, увенчались успехом: психология, в особенности после образования в 1962 г. проблемной комиссии «Медицинской психологии» при АМН СССР, стала признаваться важной теоретической и прикладной дисциплиной для медицины. В том же 1962 г. состоялось «Решение Ученого Совета МЗ РСФСР», в результате которого при Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева был создан координационный научно-методический центр для обеспечения руководства и координации исследований по медицинской психологии и патофизиологии высшей нервной деятельности в учреждениях Минздрава РСФСР.

Другим известным учеником В.М. Бехтерева, Б.Г. Ананьевым, была разработана модель человекознания как науки, в которой психология выполняла функцию связующего междисциплинарного звена. Б.Г. Ананьевым были продолжены работы В.М. Бехтерева в области изучения разных периодов формирования и развития человека. Работы В.М. Бехтерева в области ощущений были продолжены в школе Б.Г. Ананьева в рамках исследований о природе и значении чувственного отражения. Это позволило сформулировать концепцию о полимодальном, многоуровневом механизме пространственной ориентации и о «горизонтальном» контуре нейropsychологического регулирования». Эта линия исследования была блестяще завершена Л.М. Веккером

Таким образом, усилия медиков и естествоиспытателей послужили основанием для оформления психологии в самостоятельную науку, для открытия соответствующих факультетов и кафедр в ведущих ВУЗах России.

Клиническая психология как фундамент современной психотерапии: вопросы и спорные ответы

Э. Г. Эйдемиллер

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

Современная психотерапия находится в сложном положении. В чем сложность? Прежде всего в том, что трудно найти ответ на вопрос, что превалирует в психотерапии в качестве ее цели: духовное обновление людей, эстетика (красота) самого процесса, достижение красоты и гармонии человеческих отношений или психологическая коррекция искаженного личностного развития и психосоматических соотношений, редукция симптомов, а также причин, вызывающих их у клиентов/пациентов.

Известный польский психотерапевт Стефан Ледер, не скрывавший в 90-е годы XX века своих марксистских убеждений, что было в то время проявлением мужества, в беседе со мной говорил: «Эффективна та психотерапия, после которой человек становится лучше, чем был до нее». С моей точки зрения, в этой фразе есть констатация, что психотерапия является не только и не столько видом лечения, сколько духовной практикой, способствующей обновлению личности/организма на психологическом, социальном и духовном уровнях, частично на биологическом. Нередко это обновление захватывает и соматический уровень полностью.

Какая парадигма, гуманитарная или естественно-научная, претендует на роль фундамента современной психотерапии? Какова роль клинической психологии в развитии психотерапии?¹ Попробую ответить хотя бы на часть этих вопросов.

В нашей стране Б.Д. Карвасарский, Р.К. Назыров, В.И. Курпатов и многие другие специалисты придерживаются сугубо медицинского взгляда на сущность психотерапии. В.В. Макаров, М.Е. Бурно и другие признают, что психотерапия имеет не только клинический аспект, но и может считаться самостоятельной наукой о духовном.

Работа таких корифеев психотерапии, как Карл Роджерс, Вирджиния Сатир, Карл Витакер, Грете Лейтц, Сальвадор Минухин и многих других вызывает у участников и наблюдателей, в том числе и у автора статьи, высокие эстетические чувства. В то же время в этих работах отсутствуют ответы на общепризнанные вопросы: «Что такое психотерапия?», «Кто такой психотерапевт?», «Как назвать тех, кто приходит на психотерапию?»

Сразу оговорюсь, что в данной статье воздержусь от подробной оценки собственно психотерапии и ответа в полном объеме на эти вопросы.

Метафорой, передающей суть происходящих событий в психотерапии как специальности, может быть следующая: ученики начальной школы, не выучившие алфавита и арифметики, пытаются читать и цитировать произведения высокой литературы, теории высшей математики и обсуждать законы физики. В свете сказанного попробую поделиться своими мыслями.

Психотерапия – новая и одновременно старая интегративная духовная практика, основанная на естественно-научной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая в себе такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, медицина вообще и психиатрия в частности, философия, педагогика, психология, социология, политика и этика.

По мнению Ф. Александера и Ш. Селесника (1995), первыми специальностями в медицине были целительство и психиатрия, которые использовали для лечения травм, соматических и психических заболеваний ветки и кору деревьев, растения и соцветия, минеральные вещества и биологические жидкости, а также, самое важное, различные магические приемы и наведение трансов. Шаман или жрец применяли физические и психологические методы лечения. В результате этой практики была открыта «гомеопатическая» или «мимикрическая» эмпатия – важнейшее условие установления конструктивного

¹ В начале статьи уже заданы три вопроса, и это не предел, но исчерпывающих ответов пока нет.

раппорта. Таким образом, уже в древнейшие времена психиатрия, а в нашем понимании собственно психотерапия, была попыткой соединить естественно-научную и гуманитарную парадигмы.

Психотерапия сочетает в себе признаки, свойственные искусству, и эти признаки прежде всего характеризуют личность психотерапевта (интуитивизм, спонтанность, креативность, харизматичность), а также признаки, которые традиционно, начиная с XVII века, благодаря работам Р. Декарта и Дж. Локка, присущи науке – измерения и воспроизводимость результатов. Если философия, педагогика, психология и социология имеют свою историю и традицию, то какое отношение к психотерапии имеют политика и этика? И тогда зададим вопрос: почему политика и этика являются составными частями психотерапии? Политика означает умение оказывать влияние на людей. Психотерапевт, обладающий большими знаниями, но не умеющий оказывать влияние, будет неэффективным в своей профессии. Этика психотерапевта предписывает ему осознавать свою силу и влияние, определять границы и допустимость их использования.

Я люблю называть психотерапию «аморальной» духовной практикой, так как она существует вне оценочных и моральных суждений. В повседневной жизни психотерапевт может иметь свои пристрастия, симпатии и антипатии и оценивать их словами из реестра «хорошо» или «плохо», но в своей профессиональной деятельности он словно забывает об этом. Прежде чем я перейду к рассмотрению взаимоотношений клинической психологии и психотерапии, я остановлюсь на своем понимании последней.

Психотерапия – особая интегративная «духовная практика». Духовная практика представляет собой процесс рождения, формулирования и воплощения идей и концепций, которые способствуют эффективному и позитивному развитию каждого отдельно взятого человека и сообщества людей в целом. Понятие «духовная практика» является компромиссным, позволяющим избежать конфликта двух представлений о психотерапии – как о науке и как об искусстве.

Существует точка зрения, разделяемая многими зарубежными и отечественными психотерапевтами, – уже упоминавшимся мной Стефаном Ледером, а также Антонием Кемпинским, Вирджинией Сатир, Грете Лейтц, В.В. Макаровым, М.Е. Бурно и другими – что психотерапия является в большей мере процессом интуитивного межличностного взаимодействия и познания, причем саногенный потенциал личности психотерапевта оценивается как решающий. По мнению этих же авторов, с которыми я солидарен, психология и психотерапия определенное время развивались параллельно, проделывая путь от искусства к науке. Затем произошло взаимопроникновение теории и эмпирических данных психологии, с одной стороны, и практических действий психотерапевтов – с другой. Претензии психологии и психотерапии на научность появились в конце XIX - начале XX века. С этого момента психология разделилась на экспериментальную и описательную.

Клиническая психология по способу познания сочетает в себе эксперименты, наблюдения и описания. Наблюдение и описание обрели статус научного метода познания, благодаря учению А.Ф. Лазурского об «естественном эксперименте». В понимании А.Ф. Лазурского естественный эксперимент – наблюдение за поведением людей в меняющихся условиях. Собственный опыт групповой психотерапии показывает, что те члены группы, которые первоначально демонстрировали свое превосходство, в дальнейшем нередко уступали лидерство тем членам группы, которых пренебрежительно называли за пределами группы «дураками». В разных ситуациях человек демонстрирует разные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования. Такой метод исследования вполне оправданно претендует на название полномасштабного.

Одно из основных достоинств психоанализа в постижении осознанных и бессознательных мотивов поведения людей – разработанная Анной Фрейд и ее учениками процедура наблюдения, на описании которой я не буду здесь останавливаться.

В свое время А.Е. Личко прогнозировал поведение людей, исходя из «характерологического синдрома» (Воловик В.М., 1973), то есть в зависимости от типа акцентуаций характера/личности. Клиническая диагностика методом пассивного отстраненного наблюдения за поведением подростков, ограниченных рамками палаты в психиатрической больнице, давала разную искаженных мнений у нескольких наблюдающих психиатров. Психометрическое исследование с помощью «Патохарактерологического диагностического опросника» добавляло разночтений в диагностике степеней и типов отклонения характера. Кроме того, исследование методом «включенного наблюдения» за членами психотерапевтических групп (в основе его «естественный эксперимент» А.Ф. Лазурского) показало, что представители одного и того же типа акцентуаций характера/личности демонстрируют в сходных и в разных ситуациях вариативность поведения. Вследствие этого актуальность учения об акцентуациях характера/личности уступило свое место психодинамическому подходу в изучении личности, который в большей степени обеспечивает понимание психотерапевтом своих пациентов/клиентов.

Клиническая психология имеет основания претендовать на статус науки, т.к. в ней присутствуют измерения и ожидаемая воспроизводимость результатов.

Однако до настоящего времени не расшифрованы с помощью психологии разные термины из психоанализа – «перенос», «протиперенос», «проекция», «идентификация» и многое другое. Отсутствует научное объяснение такого явления, которое описал Джейкоб Леви Морено, – «теле», то есть взаимопроникающая эмпатия нескольких людей в группе аналитической психодрамы. Наблюдение за научными дискуссиями высокопрофессиональных психологов, психиатров и психотерапевтов позволяет мне констатировать большое влияние субъективизма на выдвигаемые аргументы каждой стороны.

Неосознаваемые и неконтролируемые эмоции агрессивного и позитивного регистров способны исказить восприятие экспериментальных данных и давать возможность дискутантам делать взаимоисключающие выводы. Насколько мне известно, подобные процессы происходят в аудиториях врачей терапевтического и хирургического профилей, биологов, физиков, астрономов и других.

По мнению П.А. Флоренского, В.И. Вернадского, А.Б. Мигдала и других, наука по мере своего развития, несмотря на усовершенствование процесса верификации фактов, становится все более антропогенной. Научное познание оформилось в сложную «неживую-живую систему», включающую в себя такие элементы, как «объекты» и инструменты исследования, исследователи-экспериментаторы и одновременно интерпретаторы. Эти три элемента соединены друг с другом прямыми и обратными связями.

В начале 70-х годов XX века известный психолог и невролог профессор И.М. Тонконогий сказал: «Определенные цифровые показатели по шкалам ММРІ позволяют делать разные интерпретации. На Западе существует множество атласов с изображениями графиков ММРІ. Эти графики и интуиция психолога в совокупности с набранными баллами позволяют делать более или менее обоснованные заключения».

Теории личности и групп, психометрические исследования в совокупности с включенным наблюдением стали теоретической основой различных методов психотерапии. Научная психология и философия в первую очередь позволили им стать основой психотерапии.

Я использую в качестве теоретического обоснования своей психотерапевтической практики синтез психодинамического, системного (синергического) и нарративного подходов. На основании эмпирических данных, полученных с помощью наблюдения в естественном эксперименте групповой и семейной психотерапии, мной в соавторстве с котеерапевтом Н.В. Александровой разработаны две модели психотерапии: 1) краткосрочная аналитическая психодрама; 2) аналитико-системная семейная психотерапия. Подробное описание этих моделей приведено в учебнике «Детская психиатрия» под редакцией Э.Г. Эйдемиллера («Питер», 2008).

В заключение я хочу напомнить читателям, что В.М. Бехтерев предложил термин «психоневрология», который многие современные психологи, психиатры и психотерапевты расшифровывают как «биопсихосоциальная модель болезни и здоровья». Это означает, что современные методы психотерапии зиждутся в основном на различных психологических теориях личности, групп и семей, необходимо стимулировать биологические и социальные исследования здоровья, нервно-психических и психосоматических расстройств у детей, подростков и взрослых.

В настоящее время, к сожалению одних и к радости других, теоретический вклад психологии вообще и клинической психологии в частности в развитие психотерапии превышает вклад биологических наук. Любая болезнь любого человека поражает личность/организм на психологическом, социальном и биологическом уровнях.

Успехи современной генетики, психофармакотерапии и психологии позволяют психотерапевтам в недалеком будущем осуществлять комплексные медицинские и психологические коррекционные воздействия с высокой степенью эффективности.

Важнейшим условием для такого синтеза будет опять же клинко-психологическое исследование типов привязанности клиентов/пациентов с психотерапевтами, что позволит найти ответ на вопрос, когда, в какой момент курабельный эффект обусловлен действием лекарств, а когда – психологическим воздействием.

Только такой подход может быть назван научным, синтетическим/интегративным в противоположность неконцептуализированному соединению лекарств и психотерапии. Кроме того, широкий спектр нейровизуальных, биохимических, генетических, иммунологических и других средств исследования и контроля избавит врачей от «приблизительного» назначения лекарств, а достижения биологических наук позволят в большей степени оценить роль и место современной клинической психологии и психотерапии в лечебно-восстановительном процессе.

РАЗДЕЛ 2.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ПРАКТИКА

2.1. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Взаимодействие тревоги и депрессии с позиции функционального подхода

В. М. Астапов, А. Н. Гасилина

(Московский институт открытого образования, Москва, Россия)

Тревога и депрессия являются самыми распространенными (первичными) и нормальными аффективными реакциями на стрессовые события и ситуации потенциальной опасности. Поэтому неудивительно, что они часто встречаются вместе, хотя в феноменологическом и филогенетическом отношениях представляют собой совершенно разные явления.

Тревога используется для описания неприятного эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, ожидания неблагоприятного развития событий, возникает в ситуации неопределенной опасности, угрозы и часто обусловлено неосознаваемым источником опасности.

Депрессия – аффективный синдром, в основе которого лежит угнетенное, подавленное, тоскливое, тревожное, боязливое или безразличное настроение. Если термин «депрессия» используется для описания симптомов и синдромов аффективных расстройств, то используемый нами в работе термин «депрессивные состояния» (депрессивность) опирается на психологическую составляющую данного понятия и относится к классу психических состояний.

Депрессивные состояния у детей и подростков имеют сложную структуру. Это объясняется сочетанием истинной депрессивной симптоматики, преломленной через возрастные особенности, с личностными защитными реакциями, формирующимися в ответ на собственную несостоятельность, невозможность эффективно усваивать школьную программу и адаптироваться в коллективе сверстников. Именно депрессивные состояния как тревожный сигнал эмоционального неблагополучия подростка, не являясь сами по себе однозначными симптомами болезни и поэтому не всегда вызывая достаточно внимательное отношение специалистов и родителей, заслуживают систематического исследования.

В теоретическом плане, как указывает С.Н. Мосолов (2007), частое сочетание тревожной и депрессивной симптоматики можно объяснить тем, что тревога и депрессия представляют своего рода континуум, отражающий «фактор общего дистресса», который лежит в основе этих аффективных феноменов, а также возможностью того, что один симптом является predisposition по отношению к другому.

Нам представляется, что более перспективным является рассмотрение возникновения депрессии в подростковом возрасте как вторичного состояния после длительного состояния тревоги, поддерживаемой неразрешающейся стрессовой ситуацией. То есть возникновение состояния тревоги является как бы «запусковым моментом» для дальнейшего развития процесса по его определению.

Если рассматривать тревогу на основании функционального подхода (Астапов В.М., 1999), то это состояние можно определить как результат сложного процесса, включающего когнитивные, аффективные и поведенческие реакции на уровне целостной личности. Этот процесс разворачивается в ситуации, которую индивид оценивает как потенциально опасную. Тревога же ориентирована на поиск источника опасности и оценку средств для ее преодоления. Индивид, находящийся в состоянии тревоги, сигнализирующей о возможной опасности, не знает характера угрозы. Это незнание ситуации, невозможность локализации источника опасности способствует появлению у человека внутреннего напряжения, предчувствия несчастья и беды. Переживаемый эмоциональный дискомфорт направляет его на поиск источника потенциальной опасности и контакт с ней; формируется активность, нацеленная на достижение благополучного разрешения ситуации и снятие реальной угрозы. При «приближении момента» появления объекта угрозы состояние тревоги усиливается, причем в результате большого эмоционального напряжения время и пространство в этом периоде «удлиняются».

При встрече субъекта с угрожающим объектом возникает вопрос, опасен объект или нет. Ответ на этот вопрос отражает меру «совместимости» данного объекта с оценками возможностей субъекта. Если в процессе анализа ситуация интерпретируется субъектом как безопасная, то бывший сигнал угрозы или опасности, вызвавший у индивида тревогу и беспокойство, утрачивает свою сигнальную функцию, и опасение устраняется. В том случае, когда субъект оценивает ситуацию как действительно опасную и она в целом (или ее отдельные элементы) в силу внутренних (личностных) причин становится значимой, из

имеющихся у субъекта возможных средств выбирается наиболее оптимальный вариант выхода из опасной ситуации.

Если субъект считает, что ситуация является препятствием для удовлетворения потребностей, скорее всего возникает тенденция к гневу и нападению (агрессия). Если же опасность в субъективном плане кажется большей по сравнению с имеющимися средствами по ее преодолению, то преобладает тенденция к переживаниям страха и ухода из опасной ситуации. Наконец, если агрессия и бегство субъективно оцениваются как невозможные, возникают состояния подавленности, апатии, депрессии, человек отказывается от действий (ступор).

Таким образом, во всех описанных случаях происходит трансформация состояния тревоги в другие эмоциональные состояния, имеющие отрицательную модальность: страх, ужас, паника, апатия и др.

Следует отметить, что в описанном ряду существуют и так называемые критические ситуации. Критическая ситуация может быть определена как ограничивающая возможности, то есть в ней индивид сталкивается с серьезными препятствиями в реализации своих мотивов, стремлений, ценностей. Такую ситуацию нельзя разрешить через предметно-практическую и познавательную деятельность. Выход из нее возможен через «переживание» (по терминологии Ф.Е. Василюка), понимаемое как особая форма внутренней деятельности по перестройке субъективного отношения к происходящему благодаря переоценке личностных позиций, переосмыслению жизненных целей и др. Это чрезвычайно сложная форма «внутренней работы», которая может быть осуществлена только самим человеком, переживающим кризис.

Нетрудно предположить, что депрессивные состояния в подростковом возрасте, рассматриваемые как нарушения их аффективной сферы, должны обнаружить ту или иную связь и/или зависимость с теми характеристиками жизнедеятельности подростка, которые наиболее значимы для него (более эмоциональны). Это, как указывают некоторые авторы (Иовчук Н.М., Северный А.А., 1999; Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П., 2004), относится к межличностным отношениям в семье и детско-родительским отношениям, комплексу отношений, в которые вступает подросток в процессе школьного обучения (школьная успеваемость, взаимоотношения с учителями и сверстниками), к стрессогенным жизненным событиям. Таким образом, можно предположить наличие связи депрессивных состояний с личностными особенностями подростков – личностной тревожностью. В кризисных же состояниях, возможно, существует связь генерализованного тревожного расстройства с депрессией.

Все вышеизложенное нашло подтверждение в эмпирическом (пилотажный этап) исследовании, проведенном на выборке (194 чел.) подростков разного возраста (11-15 лет) (Астапов В.М., Гасилина А.Н., 2009). Результаты продемонстрировали, во-первых, возрастную специфику проявления депрессивности (по методике CDI, авт. М. Ковач) у школьников. Так, в 6-м (11 лет) и 9-м классах (14-15 лет) было выявлено наибольшее число подростков с признаками депрессивного и субдепрессивного состояний. Во-вторых, был выявлен более высокий уровень тревожности у вышеуказанных школьников в сравнении с их недепрессивными сверстниками. Причем личностная (по методике Дж. Тейлор) и ситуационная (по методике А.М. Прихожан) тревожности по разному проявили связь с показателями депрессивности. К примеру, было установлено, что наличие ситуационной тревожности не является обязательным условием возникновения депрессии, скорее оно усиливает эффект и приводит к более выраженному состоянию. То есть можно говорить о первичности и вторичности влияния ситуационной и личностной тревожности на возникновение и выраженность депрессии у подростков. Кроме того, опираясь на данные результаты, мы предположили, что личностная тревожность может быть рассмотрена как более «чувствительный» критерий возникновения состояния депрессивности, чем ситуационная. В-третьих, было выявлено, что степень нарастания состояния депрессии (различия между депрессивными и субдепрессивными) определяется усилением таких видов тревожности, как самооценочная и межличностная (по методике А.М. Прихожан). В-четвертых, результаты регрессионного анализа показали, что на проявление депрессивности у подростков влияет совокупность общей, личностной и школьной тревожности. Причем наибольший вклад здесь демонстрирует личностная тревожность, которая прямо пропорционально связана с общей и обратно пропорционально – со школьной тревожностью.

Резюмируя, следует отметить, что сформулированная теоретическая модель взаимодействия тревоги и депрессии в контексте функционального подхода не может быть раскрыта только через полученные в эмпирическом исследовании связи изучаемых феноменов и требует более глубокого изучения в дальнейшем в направлении выявления характера отношений, механизмов и функций депрессии и тревоги.

Влияние опыта незавершенной беременности на принятие роли матери

А. И. Блюм

(Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия)

Мы считаем актуальным выявление закономерностей процесса принятия роли матери через изучение влияния эмоциональных и смысловых компонентов переживания беременности женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности, на принятие роли матери.

В нашем исследовании используются выделенные Г.Г. Филипповой, варианты стилей переживания беременности. Адекватный стиль переживания беременности, сложившийся к ее концу, устойчиво коррелирует с ценностью ребенка и с адекватностью материнского отношения к нему. Эмоционально-отстраненный стиль переживания беременности устойчиво сочетается с низкой ценностью ребенка и эмоционально-отстраненным, регулирующим стилем материнского отношения. Тревожно-амбивалентный стиль переживания беременности коррелирует с пониженной или неадекватно завышенной ценностью ребенка и тревожно-амбивалентным стилем материнского отношения. Таким образом, высокий уровень развития смысловой сферы характерен для адекватного стиля переживания беременности, что характеризует смысловую сферу наличием интересов, направленностью на образ и состояние еще не родившегося ребенка.

Мы ставим цель выяснить психологические закономерности прерывания беременности и принятия роли матери. Сознательный выбор прервать беременность ставит перед женщиной главный вопрос – готова ли она стать матерью, заботиться о ребенке. У женщины формируется опасение не справиться с новой социальной ролью. С другой стороны, она может бояться не оправдать ожидания окружающих. Аборт по медицинским показаниям формирует у женщины страх, что и в этот раз она не сможет родить ребенка; представления о возможных осложнениях беременности приобретают наиболее значимый смысл, формируется опасение и страх за исход беременности.

Таким образом, уникальная личностная композиция эмоционального и смыслового компонентов переживания беременности определяет стиль переживания беременности (адекватный, тревожный или игнорирующий), который является индикатором принятия роли матери.

Нами представлены материалы экспериментального исследования, проведенного в 2006-2009 годах на базе родильного отделения Территориального медицинского объединения №4 г. Курска, Областного перинатального центра г. Курска, отделения Акушерства в Больнице скорой медицинской помощи г. Курска. В исследовании приняли участие 84 беременных женщин, находящихся на стационарном лечении. Контрольную группу составили женщины, не имеющие опыта незавершенной беременности. В экспериментальную группу входили женщины, имеющие опыт незавершенной беременности (сознательный и медицинский аборт).

Важными условиями отбора испытуемых для исследования являются:

- возраст женщин (22-27 лет; 28-32 года);
- срок беременности (3 триместр);
- удовлетворенность браком;
- ожидание первого ребенка.

Проблемой нашего исследования является выяснение, каким образом незавершенный опыт беременности (сознательный аборт и аборт по медицинским показаниям) влияет на принятие роли матери.

Объектом исследования выступило принятие роли матери.

Предметом исследования являются особенности принятия роли матери женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности (аборта).

Задачи исследования.

1. Исследовать особенности принятия роли матери беременными женщинами без негативного опыта беременности и беременными женщинами, имеющими опыт незавершенной беременности (сознательный аборт и аборт по медицинским показаниям).
2. Установить связь опыта незавершенной беременности (сознательный аборт и аборт по медицинским показаниям) и принятия роли матери.
3. Разработать и апробировать коррекционную программу социально-психологической помощи, направленную на формирование принятия роли матери беременными женщинами, ожидающими первого ребенка, имеющими опыт незавершенной беременности.

При статистической обработке данных по методике «Фигуры» Г.Г. Филипповой мы получили следующие результаты. У 25 % беременных женщин в возрасте 22-27 лет отмечается игнорирующий стиль переживания беременности, что характеризует данную группу неприятием своего состояния, отсутствием желания создавать условия для развития будущего ребенка, а, следовательно, несформированностью роли матери. Выявляется 20% испытуемых с тревожным стилем переживания беременности. Напряжение и беспокойство связано с первым шевелением, которое ощущается рано, сопровождается сомнениями, тревогой по поводу здоровья будущего ребенка и своего здоровья, что усиливает болезненные ощущения. Такое отношение свидетельствует о трудностях принятия роли матери. С адекватным типом переживания беременности –55% женщин без негативного опыта беременности. Данные свидетельствуют о том, что беременность воспринимается положительно-эмоционально, приятно по соматическому ощущению, а тревога и беспокойство связаны лишь с опасениями по поводу здоровья ребенка.

Преобладание тревожного (41%) и адекватного (41%) стиля переживания беременности в группе женщин в возрасте 28-32 года характеризуют данную группу следующим образом: с одной стороны, отмечается хорошая выраженность соматических ощущений, снижение эмоционального напряжения, отсутствие тревоги и беспокойства по поводу протекания беременности, но, с другой стороны, выявляются тревожные состояния, связанные с беспокойством по поводу течения беременности. С игнорирующим стилем переживания беременности в группе позднеродящих – 18% испытуемых, что отражает сосредоточенность женщин на вопросах, не связанных с ребенком. Данные результаты по тревожному и

игнорирующему стилю переживания беременности мы связываем с возрастом беременных женщин, т.к. возраст 28-32 года является наиболее опасным для рождения ребенка, а приближение к родам усиливает тревогу и беспокойство.

Согласно результатам методики «Цветовой тест отношений» Эткинда, испытуемые в группе беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящиеся на третьем триместре беременности, без негативного опыта беременности, свое состояние обозначают цветом «1» – синий, что говорит о том, что снижается уровень тревоги и напряжения, беременность сопровождается удовлетворением, а женщина чувствует себя приспособленной к сложившейся ситуации в ее жизни.

В группе беременных женщин в возрасте 22-27 года, находящиеся на третьем триместре беременности, с негативным опытом беременности испытуемые чаще свою беременность обозначают цветом «2» – зеленый, что говорит о том, что у женщин существует напряжение, которое связано с настойчивостью по отношению к тем изменениям в жизни, которые продиктованы актуальной ситуацией. Данный выбор также свидетельствует о желании сохранять свое здоровье в ситуации беременности.

Психологический портрет беременных женщин, не имеющих опыта аборта, отличен от психологического портрета беременных женщин, имеющих аборт по собственному желанию. Различия касаются первых шести позиций следующих цветов: желтый, зеленый, красный, фиолетовый, коричневый, серый. Также он отличается от психологического портрета беременных женщин, имеющих опыт аборта по медицинским показаниям. Различия – по семи первым позициям следующих цветов: желтый, зеленый, красный, фиолетовый, коричневый, серый, синий. В первом случае сочетание желтого и зеленого цветов означает эмоциональную неустойчивость, склонность к накоплению отрицательных эмоций, сочетающуюся с высокой спонтанностью, безудержностью эмоциональных реакций. Женщин, не имеющих опыта аборта, отличает надежда на успех и выраженная эмотивность, потребность в действии, стремление к независимой позиции, увлеченность, стремление к бесконфликтному общению и физиологическому комфорту; повышенный самоконтроль помогает скрыть свою ранимость, беспокойство.

Для женщин, имеющих опыт аборта по собственному желанию, характерна высокая мотивация достижения, потребность в обладании жизненными благами, стремление к доминированию, целенаправленность действий, высокая самооценка, потребность в самореализации, стенический тип реагирования, напряженная поисковая активность, импульсивность, сниженный самоконтроль, преобладание эмоций интереса, стремление преодолевать предубеждения и недоброжелательность окружающих, настороженность и недоверчивость.

Для женщин, имеющих опыт аборта по медицинским показаниям, отличает смешанный тип реагирования с преобладанием пассивно-оборонительных тенденций, ригидность установок, упорство и настойчивость, тревожный фон настроения. Потребность распоряжаться своей судьбой. Протест в отношении запретов и нежелательных ограничений. Женщин, имеющих опыт аборта по медицинским показаниям, отличает смешанный тип реагирования с преобладанием пассивно-оборонительных тенденций, ригидность установок, упорство и настойчивость, тревожный фон настроения.

Таким образом, осознание женщиной состояния беременности, процессы осмысления ее новой роли и осуществление новых функций происходит при адекватном стиле переживания беременности у женщин в возрасте 22-27 лет.

На принятие роли матери влияют особенности эмоциональной сферы. Если до того, как стать матерью, у женщины имело место только знание о процессе беременности (информация о сроках беременности, об эмоциональном состоянии беременных женщин, об их физиологическом состоянии и пр.), то, погрузившись в данное состояние, беременная женщина испытывает реальное, непосредственное переживание. Это переживание порождает стремление и желание стать матерью, а значит, и трансформацию психологического мира беременной женщины.

Особенности когнитивных стилей и социальной перцепции при депрессивных расстройствах в юношеском возрасте и возрасте ранней зрелости

Л. В. Бородкина

(Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования Росздрава, Санкт-Петербург;
Областной клинический психоневрологический диспансер, Тверь, Россия)

В настоящее время депрессии являются одним из наиболее распространенных психопатологических синдромов. Последние десятилетия все больше внимания уделяется возрастным вариантам депрессий, в том числе юношеским депрессиям и депрессиям в возрасте ранней зрелости. В настоящее время достаточно тщательно разработаны принципы медикаментозного лечения депрессий. Тем не менее возможности нелекарственной терапии депрессивных расстройств требуют дальнейшей разработки и изучения в связи с высокими рисками последующих депрессивных эпизодов после завершения медикаментозной коррекции.

Многочисленные исследования подтверждают наибольшую эффективность когнитивной терапии для лечения депрессии (Beck A., 1967, 1987, 2008). Теоретические обоснования когнитивной терапии депрессий сосредоточены в основном на негативных автоматических мыслях, запускающих депрессивную

реакцию. Однако ни один аффективный ответ невозможен вне контекста восприятия. Прежде чем появится аффективная реакция, любой стимул должен быть воспринят, а затем оценен. Особенности первичной обработки информации на перцептивном уровне, которые являются онтогенетически более ранними, чем сформированные позже когнитивные схемы, практически не изучены у лиц, страдающих депрессивными расстройствами.

В современной психологии индивидуально-своеобразные способы приема и переработки информации человеком анализируются с точки зрения когнитивных стилей (Холодная М.А., 2002). Стиль занимает пограничное положение между индивидуальностью и средой, открывая возможность изучения как индивидуальность человека, породившего стиль, так и особенности той деятельности, в процессе которой этот стиль возник (Шкуратова И.П., 1998).

Наше исследование было направлено на изучение присущих депрессивным больным когнитивных стилей переработки информации на уровне перцепции (без соотнесения с ситуациями межличностного взаимодействия), а также стиля переработки информации в ситуациях восприятия взаимодействий в паре, в группе и самовосприятия в процессе общения, то есть на изучение социально-перцептивного стиля депрессивных больных.

Изучение литературных данных и анализ результатов смежных исследований в области медицинской, когнитивной и социальной психологии позволили сформулировать следующее предположение: у больных депрессией юношеского и раннего зрелого возраста, в отличие от здоровых лиц того же возраста, существуют устойчивые предпочтения определенных способов приема и переработки информации на перцептивном уровне, в том числе при восприятии ситуаций межличностного взаимодействия.

Проверка составляющих данного предположения и анализ полученных результатов стали основными задачами нашего исследования. В исследовании использовались две группы методик. Первые были направлены на изучение когнитивных стилей по таким параметрам, как импульсивность – рефлексивность (методика «Сравнение похожих рисунков» Дж. Когана), ригидность – гибкость познавательного контроля (методика словесно-цифровой интерференции Струпа), аналитичность – синтетичность (методика «Свободная сортировка объектов» Гарднера). Вторая группа методик была направлена на определение особенностей самовосприятия, восприятия в паре и в группе в ситуациях межличностного взаимодействия посредством моделирующего эксперимента (разработан и апробирован Д.Н. Хломовым).

В эксперименте приняли участие 42 пациента Тверского областного психоневрологического диспансера в возрасте от 17 до 35 лет с ведущим депрессивным синдромом, первично обратившихся за помощью к врачам-психиатрам или психотерапевтам. Клинические характеристики обследованных больных по МКБ-10 распределились следующим образом: 60 % составили больные с преимущественно эндогенным депрессивным состоянием, классифицируемым как депрессивный эпизод (F32), рекуррентное депрессивное расстройство (F33) и дистимия (F34.1), и 40 % составили больные с психогенной депрессией в рамках расстройства адаптации (F43.2) тревожно-депрессивного и ипохондрического расстройств (F41.2; F45.2). Контрольную группу составил сходный по полу и возрасту контингент условно здоровых лиц в количестве 40 человек.

В результате проведенного исследования первой группой методик были выявлены статистически значимые различия в преобладании изучаемых когнитивных стилей у здоровых людей и лиц с депрессией. У больных, впервые страдающих депрессией, преобладающим является импульсивный когнитивный стиль, что выражается в быстром выборе стратегии взаимодействия с окружающими людьми без учета всех особенностей ситуации. Частотный анализ показывает, что «импульсивные» лица составляют около 81% всей экспериментальной группы и только 37% контрольной группы. Также у лиц, страдающих депрессивными расстройствами, выявлено преобладание ригидного познавательного контроля. Из всех больных с депрессивным синдромом ригидный познавательный контроль встречается у 35 человек, что соответствует 86 % испытуемых. Он проявляется затруднениями в переходе от вербальных функций к сенсорно-перцептивным. В межличностном взаимодействии это может проявляться в трудностях перехода от вербального общения к невербальному и сложностях считывания невербальных посланий при восприятии речи собеседника. В группе здоровых, напротив, гибкий познавательный контроль доминирует у 80% испытуемых.

В отношении параметра аналитичность – синтетичность у депрессивных больных выявлена тенденция к преобладанию синтетичности (глобальности). 65% депрессивных больных подразделяют знакомые объекты, образуя меньше групп большего объема. В нашем случае, сортируя изображения человеческих лиц, больные использовали максимум два критерия для отбора в группы – это возраст и пол. Среди здоровых испытуемых устойчивого тяготения к аналитичности либо синтетичности выявлено не было, часто стратегия отбора в группы менялась по ходу выполнения задания.

Таким образом, у больных депрессией импульсивность при оценке перцептивных гипотез сочетается с низкой степенью автоматизации сенсорно-перцептивных функций, а также дополняется тенденцией ориентации на черты сходства объектов восприятия при отсутствии детализированной категоризации впечатлений.

Итак, проведенный анализ преобладающих у депрессивных больных полярных параметров когнитивных стилей образует некий профиль устойчивой сочетаемости импульсивности, ригидности познавательного контроля и синтетичности при переработке перцептивных гипотез на невербальном уровне восприятия. Подобного устойчивого сочетания данных характеристик когнитивных стилей в группе здоровых лиц выявлено не было.

Иначе говоря, чем быстрее принимается решение в условиях множественного выбора альтернатив, тем вероятнее низкая эффективность механизмов сканирования воспринимаемых стимулов и соответственно выше ошибочность при их идентификации. Ошибки восприятия ведут к неверным представлениям, а затем и суждениям о себе, об окружающих, о мире в целом. Также чем ригиднее познавательный контроль, тем очевиднее устойчивость вербальных когнитивных схем без попыток их дополнительной проверки на сенсорно-перцептивном уровне. Глобальный (неаналитичный, неструктурированный, недифференцированный) подход к сортировке перцептивного материала (выделение чрезмерно обобщенных критериев для сортировки, например, только возраст или только пол) свидетельствует о фактическом отсутствии преобразования поступающей информации с помощью анализа и синтеза, что соответствует общему снижению интеллектуальной продуктивности, наблюдаемой у депрессивных больных наравне с общим снижением эмоционального фона.

Можно предположить, что выявленный нами профиль сочетания параметров когнитивных стилей имеет непосредственное значение при формировании и закреплении депрессивного типа реагирования еще на довербальном, допонятийном уровне. Детальное изучение становления операций процесса восприятия в ходе онтогенеза представляется перспективным для понимания механизмов формирования депрессивного типа реагирования.

Вторая часть нашего исследования была направлена на изучение особенностей социально-перцептивного стиля депрессивных больных, который можно определить как устойчивый способ восприятия и оценки себя и других людей (Андреева Г.М., 1980).

В результате нашего исследования были выявлены статистически значимые различия в особенностях восприятия и оценки себя и других людей в процессе межличностного взаимодействия между людьми, страдающими депрессивными расстройствами, и здоровыми респондентами.

В восприятии и оценке межличностного взаимодействия в паре выявлены следующие особенности.

а) По параметру «ограниченность диапазона воспринимаемых эмоциональных состояний»: 91% больных хорошо дифференцируют эмоции только негативного спектра (страх, гнев, обиду), тогда как у здоровых респондентов этот показатель равен 45%, а способность к восприятию и дифференцировке эмоций положительного спектра (радости, интереса) снижена.

б) По параметру «преобладание негативных реакций»: у 80% исследуемых больных выявляется преобладание негативных переживаний при восприятии ситуаций межличностного взаимодействия, тогда как у здоровых людей этот показатель равен 33,3%. Больные приписывают субъектам взаимодействия негативные переживания, вызванные отвержением партнера (меня никто не любит, не обращают на меня внимания, не понимают, отвергают и т.д.). И только 20% больных допускают принятие партнерами друг друга.

в) По параметру «восприятие отношений как формальных, семейных, дружеских и производственных»: 60% исследуемых больных воспринимают только зависимые отношения между людьми как эмоционально насыщенные (отношения начальник – подчиненный, родитель – ребенок), а независимые воспринимаются ими как формальные, безэмоциональные.

г) По параметру «восприятие отношений как конфликт»: 100% исследуемых больных воспринимают любую ситуацию межличностного взаимодействия как потенциально конфликтную (в то время как у здоровых людей этот показатель равен 14,3%).

В восприятии и оценке собственных взаимодействий выявлены следующие особенности.

а) По параметру «избегание эмоциональных реакций»: 60% исследуемых больных избегают эмоциональных переживаний в процессе собственных взаимодействий (тогда как этот показатель у здоровых людей составляет 23,9%).

б) По параметру «восприятие отношений как формальных, дружеских, производственных, семейных»: 81% исследуемых больных свои отношения с другими людьми воспринимают как формальные, безэмоциональные, в том числе и отношения в семейной сфере. Собственные отношения с другими людьми не воспринимаются как отношения зависимости, то есть вытесняется собственная зависимая позиция в межличностном взаимодействии.

в) По параметру «восприятие отношений как конфликт»: у 30% больных ситуация межличностного взаимодействия воспринимается как потенциальный конфликт, но с избеганием конфликта одного из партнеров по общению (тогда как у здоровых этот показатель равен 18%).

г) По параметру «восприятие собственной активности во взаимодействии»: 42,8% исследуемых больных воспринимают себя в межличностном взаимодействии пассивными, уступающими инициативу партнеру.

В восприятии и оценке межличностных отношений в группе выявлена особенность по параметру «восприятие отношений как формальных, дружеских, производственных, семейных»: 60% больных воспринимают любую ситуацию взаимодействия в группе как формально-общественную, не требующую

эмоциональных проявлений. То есть в ряде случаев нет различий между семейными, дружескими и формально-общественными отношениями.

Таким образом, для больных, страдающих депрессивными расстройствами, характерны специфические особенности социальной перцепции в сфере межличностных взаимодействий по сравнению со здоровыми испытуемыми: в наибольшей степени отличается восприятие и оценка сторонних межличностных взаимодействий в паре и восприятие собственных взаимодействий в паре. В меньшей степени отличия касаются восприятия межличностных взаимодействий в группе.

Обобщая результаты двух серий проведенных нами исследований, можно сделать вывод о подтверждении нашего предположения о том, что у больных, страдающих депрессией в юношеском и раннем зрелом возрасте, в отличие от здоровых лиц того же возраста, существуют устойчивые предпочтения определенных способов приема и переработки информации на перцептивном уровне, включая ситуации межличностного взаимодействия. Полученные данные нуждаются в подробном теоретическом осмыслении, а также в более детальном эмпирическом уточнении. Нами планируется увеличение респондентов основной группы с желательным дальнейшим разделением больных на более специфичные подгруппы в соответствии с нозологической принадлежностью заболевания, в рамках которого развился депрессивный синдром.

Профилактика стоматологических заболеваний у слабослышащих детей: клинические и социально-психологические аспекты

Н. П. Ванчакова, С. Б. Улитовский, И. В. Тельнюк, А. И. Хари

(Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия)

Введение. Профилактика стоматологических заболеваний, как профилактика любой патологии, остается стратегической задачей здравоохранения, направленной на повышение уровня здоровья населения. Имеется много разработок в области профилактики стоматологических заболеваний, ориентированных на детей без нарушения сенсорных систем. Однако заранее можно отметить, что они требуют существенных изменений, если профилактическая работа ориентирована на слабослышащих детей.

Цель исследования: сформировать программу исследования клинических и психологических особенностей формирования гигиенических стоматологических навыков у слабослышащих детей дошкольного возраста и разработать психолого-педагогическую программу профилактики стоматологических заболеваний для детей дошкольного возраста со сниженным слухом.

Объект и методы исследования. На начальном этапе исследования была составлена программа, которая включала два блока. Первый – психологическое обследование, второй – педагогический. В психологический блок были включены следующие методики: цветовой тест Люшера для детей, тест «Дерево», метод пиктограмм. Кроме того, был использован описательный метод поведения детей в форме карты наблюдения (группового наблюдения с оценкой индивидуальных особенностей «трудных «детей) и методика оценки поведения детей на стоматологическом приеме Е.Г. Киселевой. Применение психологического блока планировалось до начала педагогического блока и после его завершения. Педагогический блок включал серию групповых занятий, ориентированных на информирование детей и обучение навыкам профилактического поведения, в основном навыкам чистки зубов, обращения с зубной пастой и зубной щеткой. В задачи обучения не включались приемы полоскания, так как эта функция формируется у детей позже, по мере завершения формирования мышечного аппарата рта и гортани. Применение педагогического блока планировалось после проведения психологического обследования.

На пилотном этапе объектом исследования стали 14 детей, посещавших детский сад для детей со сниженным слухом. Среди них не было детей с полной потерей слуха. Все дети имели снижение слуха выраженных степеней, что требовало использования специального педагогического подхода при их обучении по программам дошкольного образования. Число мальчиков и девочек было равным. По возрасту они распределились следующим образом: от 4-х до 5-ти лет – 4детей, от 5-ти до 6-ти лет – 10 детей.

Результаты. На первом, пилотном, этапе исследования было проведено апробирование психологического блока. Исследование проводилось при участии сурдо-педагогов, которые обеспечивали контакт с детьми и правильное понимание речи исследователей, дублируя все высказывания психологов и стоматологов сурдо-переводом.

Дети охотно и правильно выполняли рисуночный тест «Дерево», быстро усваивали инструкции, охотно рисовали дерево и часто вносили дополнительные элементы, проявляя творчество. С некоторыми затруднениями, после дополнительных разъяснений все дети справились с тестом Люшера. Использовалась компьютерная версия теста Люшера фирмы «Иматон» с компьютерной обработкой результатов.

Практически все дети не смогли правильно выполнить пиктограмму. Часто не удавалось объяснить, что нужно нарисовать слова, которые произносят преподаватели. Дети младшей группы рисовали рисунки по своему усмотрению, чаще не имеющие отношения к заданию. Дети старшей группы рисовали в соответствии со стимулами, но потом не могли объяснить, что нарисовали и почему, воспроизвести слово.

Достаточно информативным был описательный метод поведения детей в форме карты наблюдения (группового наблюдения с оценкой индивидуальных особенностей трудных детей). Предварительный

анализ установил, что при возникновении затруднений дети жаловались на дефицит слуха. Кроме того, если им что-то не нравилось или не хотелось делать, то они вели себя так, словно не слышат и не понимают речи психологов и перевод сурдо-педагогов. Методика оценки поведения детей на стоматологическом приеме Е.Г. Киселевой на этом этапе исследования не использовалась, так как она была сопряжена с педагогическим блоком и занятием, на котором детей обучали правилам осмотра ротовой полости.

Заключение. Проведенное исследование установило, что из выбранных методов были эффективны тест «Дерево» и тест Люшера, описательный метод поведения детей в форме карты наблюдения. Несмотря на то, что метод пиктограммы позволяет получить много важных характеристик, значимых для создания педагогической программы у детей со снижением функций сенсорных систем, от него пришлось отказаться. В процессе проведения исследования было выявлено, что слабослышащие дети отличались более быстрым развитием эффекта утомления и начинали проявлять пассивный негативизм.

Результаты исследования позволили внести коррективы в образовательный блок. Занятия должны быть более коротким, чем у детей с нормальным слухом, иметь больший упор на зрительные стимулы и действия, быть более индивидуализированными на этапе привития навыка пользоваться зубной щеткой и зубной пастой. Программа должна учитывать высокую вероятность появления реакций пассивного негативизма.

Взаимосвязь готовности к материнству и качества раннего контакта матери и ребенка

Т. Д. Василенко

(Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия)

А. В. Локтионова

(Москва, Россия)

Проблема материнства – одна из наиболее сложных и мало разработанных областей современной науки, но, несмотря на это, последнее время у нас в стране отмечается рост интереса к психологическим аспектам беременности и родов, готовности к материнству, материнства в целом; появился интерес к комплексному исследованию данной проблемы. Важность материнского поведения для развития ребенка, его сложная структура и путь развития, множественность культурных и индивидуальных вариантов, а также огромное количество современных исследований в этой области позволяют говорить о материнстве как о самостоятельной реальности, требующей разработки целостного научного подхода для его исследования.

В качестве гипотезы исследования выступило предположение о том, что тип переживания беременности (адекватный, тревожный и игнорирующий) (Филиппова Г.Г.), указывающий на специфическое материнское отношение, или готовность к материнству (Бругман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю.), рассматриваемая нами как индикатор принятия роли матери (адекватный тип, сформировавшееся материнское отношение) или непринятия роли матери (игнорирующий тип, игнорирующее материнское отношение), определяют качество контакта матери и ребенка на ранних этапах развития (от рождения до 6 месяцев). Тревожный тип переживания беременности, соответствующий амбивалентному материнскому отношению, указывает на конфликтное принятие роли матери.

В данной статье представлены материалы эмпирического исследования, проведенного в 2007-2011 годах на базе родильного отделения муниципального учреждения здравоохранения №4, городского клинического родильного дома, областного перинатального центра г. Курска.

Выборка составила 150 человек: беременные женщины со сроком 27 – 40 недель, ожидающие первого ребенка (101 человек), имеющие опыт незавершенной беременности (выкидыш) (49 человек). Кроме того, для 5 женщин (с разными вариантами принятия роли матери) мы использовали лонгитюд, начиная с третьего триместра беременности, затем первый, третий и шестой месяцы после родов. Важными условиями отбора испытуемых для исследования были: возраст женщины (22 – 27 лет – как оптимальный возраст для рождения ребенка); ожидание первого ребенка; семейное положение (в исследовании принимали участие женщины, состоявшие в браке).

Нами были использованы следующие психодиагностические методики: тест «Смысло-жизненные ориентации» (СЖО, Д.А. Леонтьев), тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова, модифицированный восьмицветовой тест Люшера (Л.Н. Собчик), методика «Линия жизни» (Т.Д. Василенко, по аналогии с методом, предложенным Schoots, 1989), тест «Фигуры» Г.Г.Филипповой, методика определения идентичности «Кто я» М. Куна и Т. Макпартленда, Мангемейская шкала оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте, методика «Шкала экзистенции» (А. Лэнгле).

Полученные результаты позволили заключить, что в эмоциональном компоненте переживания беременности на третьем триместре беременности в обеих группах присутствует выраженная тревожность, что соответствует литературным данным. Женщины, имеющие опыт невынашивания беременности, на уровне статистической значимости чаще имеют повышенный уровень рефлексивности, чем женщины, не имеющие этого опыта, что свидетельствует о процессах переосмысления прошлого опыта.

Достоверные различия с уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены в распределении типов переживания беременности и готовности к материнству. В группе женщин, ожидающих первого ребенка, в

основном преобладает адекватный тип готовности - 70%, тревожный тип встречается в 20% случаев, 10% женщин имеют игнорирующий тип готовности к материнству. У женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, данные показатели следующие: адекватная готовность к материнству – 25%, тревожная – 62% и игнорирующая – 10%.

Таким образом, у беременных женщин, имеющих негативный опыт первой беременности (выкидыш), преобладает тревожный тип готовности к материнству. Это говорит о том, что у женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, отмечается конфликтное принятие роли матери, в отличие от женщин, не имевших такого опыта. Следует отметить, что в обеих группах каждая десятая женщина не принимает роли матери, эта тенденция подтверждается 10-летним опытом наших исследований психологических особенностей беременных, осуществляемым на факультете клинической психологии Курского государственного медицинского университета.

Результаты исследования со статистической значимостью свидетельствуют о том, что при игнорирующем типе переживания беременности наблюдается неудовлетворенность в семейных отношениях, что, возможно, препятствует принятию новой социальной роли – роли матери. Адекватный тип готовности к материнству сопровождается удовлетворенностью браком, что может благоприятно сказываться на принятии ребенка и на принятии роли матери.

В смысловом компоненте переживания беременности (по тесту СЖО Д.А. Леонтьева) были обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$): показатели «локус контроля – Я» и «локус контроля – жизнь» у женщин с игнорирующим типом значимо ниже, чем с другими типами переживания беременности. Те же тенденции, но с еще более низкими показателями отмечаются в группе женщин, имевших опыт невынашивания беременности.

По методу «Линия жизни» у женщин, не принимающих роль матери, отмечается значимое снижение событийной насыщенности жизни, в отличие от принимающих эту роль: 2 и 7 событий соответственно. Разнообразие событий также представляет интерес: работа и материальное благополучие представлены у женщин с игнорирующим типом переживания беременности, у женщин с адекватным типом контекст жизненного пути переживания беременности включает встречу с мужем, учебу, работу, беременность, рождение ребенка. У женщин с опытом невынашивания беременности на линии жизни представлено значимо большее количество событий с отрицательной окраской (перенесенные болезни, выкидыш, конфликты в семье).

После рождения ребенка в структуре идентичности женщины, принимающей новую социальную роль, значимо чаще встречаются роли матери, жены, а также значение имеет работа. У женщин со сложностями принятия роли матери в структуре идентичности увеличивается роль дочери.

Относительно качества раннего контакта матери и младенца следует отметить, что женщины с принимающим типом матери эмоциональны в контакте с ребенком, ласковы, проявляют искренность, играют с ребенком. Женщины с амбивалентным, конфликтным принятием роли матери малоэмоциональны, мало разговаривают с ребенком, а женщины с непринимаящим стилем материнства и вовсе не играют с ребенком.

Матери с принимающим типом показывают высокие показатели по шкалам «эмоции», «проявление голоса», «реакция на стимуляцию матери». Причем у женщин с принятием роли матери в процессе развития ребенка от 1 до 6 месяцев характеристики контакта с младенцем не изменяются. У женщин с амбивалентным стилем принятия начинают проявляться ласковость, изменчивость в поведении к возрасту 6 месяцев. У женщин с непринятием роли матери присутствуют вербальные ограничения, а ласковости в контакте очень мало, эти характеристики незначительно улучшаются к 6 месяцам. Мы также заметили, что качество контакта к 6 месяцам у всех женщин значимо улучшается (исключение составляют только женщины с непринятием роли матери), но у не принимающих роль матери женщин отклик ребенка на мать к 6 месяцам становится меньше, чем в возрасте 1 месяца, а также младенцы у таких матерей чаще болеют.

Таким образом, клинико-психологическое сопровождение беременных женщин необходимым образом должно ориентироваться на контекст переживания беременности, в том числе на опыт незавершенной беременности, а также должно быть направлено на формирование адекватного типа переживания беременности, что в свою очередь создаст условия для принятия роли матери и обеспечения качественного контакта матери с младенцем.

Особенности репрезентации автобиографического опыта у больных с депрессивными и тревожными расстройствами

А. Е. Вишнева

(Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия)

Идея изучения личности в единстве с ее жизненной историей является аксиомой современной психологии (С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, Н.А. Логинова, К.А. Абульханова-Славская). Удобной формой анализа жизненной ретроспективы является изучение автобиографии.

Основой биографии личности является автобиографическая память. В отечественной психологии автобиографическая память рассматривается с позиций культурно-исторического подхода Л.С. Выготского и определяется как «субъективное отражение пройденного человеком жизненного пути, состоящее в фиксации, сохранении, интерпретации и актуализации автобиографически значимых событий и состояний, определяющих самоидентичность личности как уникального, тождественного самому себе психологического субъекта» (Нуркова В.В., 2000).

Автобиографическая память является важным и неотъемлемым аспектом самосознания личности и выполняет различные функции (Нуркова В.В., 2009): 1) «Я – Другой» – поддержание связи с различными социальными группами, установление интимных межличностных контактов, предсказание поведения и эмоций других людей по аналогии с событиями собственной жизни; 2) интрапсихологические функции («Я – Я»), к ним относятся саморегуляция, формирование «Я-концепции», осознанное построение индивидуально приемлемых жизненных стратегий; 3) экзистенциальные функции, к ним относят самопознание посредством автобиографического анализа, смыслообразование, осознание уникальности своей жизни.

Автобиографическая память помимо специфичности своего содержания отличается от прочих видов памяти своим генезом (Nelson, 2003). Появление автобиографических воспоминаний является следствием социализации ребенка и относится приблизительно к четырехлетнему возрасту. Многие исследователи обращали внимание на то, что в автобиографических рассказах о себе люди склонны вспоминать больше положительных событий, чем отрицательных. Ричард Волкер называет этот феномен «смещение кривой аффекта» (*fading affect bias*) (Walker, 2003). Данное смещение аффекта является защитной функцией здоровой психики, склонной к забыванию и уменьшению значимости негативных событий.

По данным последних исследований В.В. Нурковой (2009), соотношение положительных и отрицательных событий на «линии жизни» у психически здорового человека составляет 2/3 положительных событий, 1/3 отрицательных. Однако при некоторых психических заболеваниях, таких как депрессия, тревожно-депрессивные расстройства и др., данный механизм нарушается и происходит негативизация прошлого. Кроме того, возможны и содержательные искажения автобиографического нарратива – вытеснение воспоминаний о стрессовых событиях и др.

Таким образом, автобиографическая память как ядро автобиографического опыта является основной составляющей самосознания личности и выполняет функции поддержания самоидентичности на протяжении жизненного пути и презентации себя перед другими. Постепенное забывание негативных событий является прерогативой нормальной психики и залогом успешного функционирования личности в обществе.

Вышеизложенное определило направленность настоящего эмпирического исследования.

Основная гипотеза исследования – автобиографический опыт репрезентируется в автобиографическом рассказе и несет на себе отпечаток патологических характеристик личности. Вследствие этого мы ожидаем, что структурные и содержательные характеристики автобиографического опыта больных изменены по сравнению с нормой.

Испытуемые. В исследовании приняли участие 2 группы испытуемых. 1) Группу больных испытуемых составили 18 женщин в возрасте от 20 до 46 лет с диагнозами смешанное тревожно-депрессивное расстройство и тревожное расстройство с паническими атаками (нарушения невротического круга). Критерием исключения из экспериментальной группы явилось наличие более тяжелых нарушений – шизофрении, шизоаффективного, шизотипического и биполярного расстройства, что выявлялось на основании консультации с лечащим врачом и дополнительного патопсихологического обследования. 2) Группу здоровых испытуемых составила 31 женщина в возрасте от 20 до 46 лет. Всего в исследовании приняли участие 49 женщин.

Методики исследования. Применялись следующие методики:

- 1) **Метод анализа «Life line» («Линия жизни»)** (Нуркова В.В., 2000). Испытуемому предъявлялся лист бумаги, на котором посередине горизонтально изображена линия со стрелкой, и предлагалось расположить важные, яркие, значимые события на этой линии, учитывая их эмоциональный знак (положительные в верхней части листа, отрицательные внизу), и степень субъективной значимости (удаленность от линии).
- 2) **Шкала травматического опыта** (ТЕС, Nijenhuis et al, 2002). Методика предназначена для составления истории травматических опытов, пережитых в течение жизни человеком. Методика позволяет собрать информацию о возрасте, ситуации, в которой произошло травмирующее событие. В данном исследовании методика проводилась для сопоставления стрессовых событий, отмеченных испытуемыми в методике, со стрессовыми событиями, отмечаемыми в автобиографических методиках.

Результаты. По результатам обработки методики «Линия жизни», были выделены **количественные и качественные** (содержательные) характеристики автобиографического самоотчета. К количественным характеристикам относится общее число актуализируемых автобиографических событий, количество положительно и отрицательно оцениваемых автобиографических событий, locus датировки событий, представленность детства, плотность/разреженность «линии жизни» в различные жизненные периоды, представленность оперативного прошлого и наличие на оси времени места, «зарезервированного» для будущего.

По вышеперечисленным **количественным** характеристикам были обнаружены следующие различия между здоровыми и больными испытуемыми. У больных испытуемых наблюдается негативизация автобиографического опыта по сравнению со здоровыми испытуемыми: в группе здоровых испытуемых средний процент негативных автобиографических событий составляет **30%** (разброс от 0 до 58%, станд. откл. 12,6); процент негативных автобиографических событий в группе больных испытуемых составляет **42%** (разброс от 20% до 57%). Причем у больных с диагнозом смешанное тревожно-депрессивное расстройство наблюдается большая негативизация автобиографического опыта по сравнению с больными с паническими атаками (значимость различий по критерию Манна-Уитни $t=17,5$ при $p \leq 0,05$).

Больные испытуемые чаще, чем здоровые, при выполнении автобиографической методики используют внешний локус датировки событий, т.е. датируют событие не возрастом, а годом, в котором произошло данное событие (здоровые: внутренний локус датировки – 71% испытуемых, внешний локус датировки – 29% испытуемых; больные: внутренний локус датировки – 62% испытуемых, внешний локус датировки – 39% испытуемых).

Максимум («пик») воспоминаний как в группе здоровых, так и в группе больных испытуемых приходится на возраст 16 – 25 лет. Однако наблюдается значимое различие по количеству событий в двух группах в период детства. В группе больных есть тенденция к игнорированию автобиографических событий периода детства и юношества. Значимость различий по критерию Манна-Уитни между группой здоровых и больных испытуемых по возрастам: 6 – 10 лет и 11 – 15 лет ($U=171,5$ при $p \leq 0,05$).

Оперативное прошлое в автобиографическом рассказе больных (это события за последние 3 года) представлено меньшим количеством событий, чем у здоровых испытуемых. В оперативном прошлом больных больше негативных событий, чем у здоровых испытуемых (соотношение «+» и «-» событий из оперативного прошлого у здоровых испытуемых – 2/1, у больных 1/1).

Качественный анализ автобиографического опыта проводился посредством анализа тематического репертуара автобиографических событий. С помощью экспертных оценок в методике «Линия жизни» были выделены следующие жизненные темы: 1) учеба; 2) работа; 3) отношения с противоположным полом; 4) ребенок; 5) семейные отношения; 6) взаимоотношения с другими людьми; 7) путешествия, поездки, хобби, спорт; 8) яркие эмоциональные неформальные события; 9) события внутренней жизни: смена эмоционального состояния, созревание решения, внутренние переломные события; 10) критические события: смерть родных и друзей, насилие, пожары; 11) болезни, травмы, операции; 12) психиатрические заболевания (для группы больных).

Значимые различия между группой больных и здоровых испытуемых были получены относительно некоторых тем. В автобиографических рассказах больные значимо меньше упоминают о событиях спорта, хобби, путешествий, т.е. событий собственной активности ($p \leq 0,05$). Также больные почти не упоминают о ярких эмоциональных событиях детства, значительно реже упоминают о событиях взаимоотношений с другими людьми. Однако тема «отношения с противоположным полом» в группе больных затрагивается чаще и более насыщена событиями, чем в группе здоровых испытуемых ($U = 113$, при $p \leq 0,05$), события данного содержания больными испытуемыми чаще помещаются в негативный полюс, т.е. происходит негативизация интимных отношений.

Больные редко (7 чел, 39% испытуемых) отмечают собственное психиатрическое заболевание как значимое событие на автобиографической прямой, несмотря на то, что обследование больных проводилось при их госпитализации и больные в беседе выражали сильное беспокойство по поводу своего заболевания. Этот факт не зависит от тяжести и длительности заболевания.

Больные значительно реже, чем здоровые испытуемые, в автобиографическом нарративе упоминают о критических событиях – смерти членов семьи или близких родственников (здоровые – 61% испытуемых, больные – 39% испытуемых), а также о событиях соматических заболеваний, травм и операций (здоровые – 35% испытуемых, больные – 17% испытуемых). Данный факт ставит вопрос – или больные с депрессивными и тревожными расстройствами объективно в автобиографии имеют меньше критических событий и меньше болеют соматическими заболеваниями, или они вытесняют из собственного автобиографического нарратива события травмирующего содержания.

Проверить данное предположение удалось, проанализировав результаты методики «Шкала травматического опыта» (ТЕС, Nijenhuis et al, 2002). Оказалось, что в данной методике больные значимо чаще отмечают наличие критических событий ($p \leq 0,01$) утраты членов семьи и физических заболеваний, т.е. при спонтанном автобиографическом рассказе больные не упоминают о стрессовых событиях, но когда им задается непосредственный вопрос о наличии/отсутствии травмирующего события, они вспоминают о его нем. Таким образом, мы видим феномен искажения автобиографического рассказа относительно событий стрессового содержания.

Таким образом, по результатам исследования обрисовываются области в автобиографическом нарративе, где происходит наибольшее искажение по сравнению с нормой. Вытеснение из автобиографии стрессовых событий может быть следствием недостаточной их проработки и проживания в актуальной автобиографии. Неприятие данных событий говорит о слабости и неблагополучии психического состояния. Данный факт может быть как следствием депрессивных и тревожных расстройств, так и являться фактором predisпозиции к возникновению данных расстройств. События собственной активности (спорт, хобби, путешествия) имеют ресурсный характер и, как правило, оцениваются положительно. Их отсутствие у

больных может быть также следствием актуального депрессивного состояния больного, т.е. из-за тяжелого состояния он просто не вспоминает о таких событиях, но может говорить и об их объективном отсутствии. Во втором случае мы можем предположить, что отсутствие в жизни событий собственной активности, т.е. установка на пассивность в жизни, может создавать благоприятную почву для развития депрессий и тревожно-депрессивных расстройств. Психиатрическое заболевание, несмотря на его тяжесть, может не помещаться больными в актуальный автобиографический опыт, что является анозогнозическим отношением к собственному заболеванию.

Возможность искажений автобиографического опыта у депрессивных и тревожных больных необходимо учитывать клиническим психологам и психиатрам при сборе субъективного анамнеза. Для минимизации искажений необходимо использовать несколько взаимодополняющих методов.

Выводы. Автобиографический нарратив у больных испытуемых отличается от автобиографического нарратива у здоровых по количественным и качественным характеристикам:

- У больных происходит негативизация автобиографического опыта в целом, игнорирование событий периода детства и юношества, игнорирование событий недавнего прошлого, больные чаще используют внешний локус датировки событий.
- В автобиографии больных испытуемых почти отсутствуют события собственной активности (спорт, хобби, путешествия); больные значимо меньше упоминают о событиях взаимоотношений с другими людьми и ярких эмоциональных событиях периода детства; отношения с противоположным полом у больных испытуемых имеют более негативную окраску, чем у здоровых испытуемых.

У больных испытуемых происходит трансформация автобиографического рассказа относительно стрессовых событий. Больные испытуемые реже упоминают о критических событиях, связанных с утратой члена семьи во взрослом возрасте, по сравнению со здоровыми испытуемыми, а также о событиях, связанных с острой физической болью – травмами, заболеваниями и операциями. Больные испытуемые редко квалифицируют собственное психиатрическое заболевание как автобиографическое событие и не всегда отмечают его на автобиографической прямой (в 39% случаев).

Изучение психосоматических взаимосвязей в развитии соматически больных детей дошкольного возраста как одно из направлений современной клинической психологии

О. В. Груздева

(Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева, Красноярск, Россия)

В. А. Ковалевский

(Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия)

Изучение особенностей психического развития и личности соматически больных детей остается одним из актуальных направлений отечественной психологии. По-прежнему отмечается отсутствие положительной динамики в вопросах улучшения здоровья детей. Уже к 2004 году государственные статистические данные показывали снижение числа абсолютно здоровых детей до 10% с увеличением количества часто и длительно болеющих до 70-75% и имеющих хронические заболевания – до 15-20% (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 2003). Число соматически больных детей в силу нестабильности социально-экономических условий жизни населения и ухудшения экологической обстановки продолжает неуклонно расти. Больные дети вызывают повышенное внимание многих специалистов, что создает потребность в разработке и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки данной категории детей.

Анализ факторов и условий психического развития современных детей показывает, что внешний, социальный, фактор является наиболее значимым в возникновении и прогрессировании заболеваний. Так, неудовлетворительное состояние здравоохранения лишь в 10% случаев является причиной роста числа заболеваний, а наследственность – в 15% случаев, состояние окружающей среды определяет 25% из них, неблагоприятное же влияние условий и образа жизни является причиной 50% заболеваний. Отмечено также, что зачастую процесс обучения и воспитания происходит без учета индивидуальных особенностей детей. Это приводит к различным стрессовым ситуациям и способствует росту заболеваемости детей (Муравьева В.Н., 1999; Бутенко Н.И., 1999).

Вместе с тем во всех современных исследованиях в области клинической психологии (психосоматическое направление) подчеркивается качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процесса к разным категориям больных детей.

В результате суммарного анализа исследований были выделены особенности социальной ситуации развития соматически больного ребенка и особенности его личности.

Личностные особенности.

- Понятию «Я» у таких детей соответствует отрицательный образ, они сопровождают его отрицательным по смыслу комментарием, за ним скрывается неприятие себя, недовольство своей

внешностью, низкая самооценка. Для соматически больного ребенка характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье. Некоторые исследования показывают, что болезнь «выгодна», потому что дает возможность ребенку приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку. Так, дети полагают, что во время болезни их будут больше жалеть, больше обращать на них внимания и заботы. Дети старшего дошкольного возраста, как правило, не понимают причин болезни, часто рассматривают свое заболевание как наказание за плохое поведение. В целом же отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, психологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением родителей и других членов семьи о болезни.

- При оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция «малоценности», ущербности; отношение к себе непосредственно чувственное.

- У часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками, и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе.

- Слабо сформированы механизмы личностно-смысловой регуляции.

- Присутствует стремление к компенсации дефекта (у 84 % опрошенных часто болеющих дошкольников направленность желаний на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий).

- Нет развернутого жизненного плана, то есть нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее.

- Основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания (84% детей). В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды (63%) и на взаимодействие с другими людьми (70%).

- Уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников (особенно у мальчиков), причем различия между группами статистически достоверны. Анализ эмоционального восприятия детьми половых ролей показал, что в ответах детей обоего пола (независимо от соматического статуса) эмоциональное восприятие девочек достоверно позитивнее, чем мальчиков («девочки любят доброе, красивое, а мальчики любят все крутое и страшное», «девочки красивые, а мальчики – не такие красивые», «мальчики дерутся, а девочки – добрые» и пр.). Обнаружены различия в представлении об отличительных особенностях мальчиков и девочек: у всех детей доминирует критерий «внешние признаки» (у мальчиков чаще, чем у девочек; у здоровых детей чаще, чем у часто болеющих). Тем не менее девочки чаще мальчиков ориентируются на качества личности, а мальчики – на предметно-действенные характеристики. Выявлено также, что часто болеющие мальчики чаще, чем здоровые, ориентируются на личностные характеристики в своем представлении о половых ролях. Таким образом, часто болеющие мальчики (в сравнении с часто болеющими девочками и здоровыми сверстниками обоего пола) имеют более высокие показатели по уровню тревожности и отрицательному эмоциональному восприятию собственной половой роли.

- Соматически больные дети старшего дошкольного возраста имеют определенные особенности в понимании обмана. Дети испытывают больше затруднений при объяснении обмана, хуже распознают обман в области знаний, чаще проявляют стратегии принятия обмана за правду и стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегию распознавания обмана в области эмоций (Николаева В.В., 1987; Ковалевский В.А., 1997; Котова Е.В., 2004, Груздева О.В., 2004, Дубовик Е.Ю., 2006; Вылегжанина Г.Г., 2005; Чекрякова С.В., 2008; Дусказиева Ж.Г., 2009; Штумф В.О., 2009).

Особенности межличностного взаимодействия и деятельности соматически больных детей.

- Круг общения ребенка ограничен.

- Присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь.

- Преобладают симбиотический, симбиотически-авторитарный, привязывающе-подавляющий стили родительского воспитания.

- Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения.

- Ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и, как следствие, двигательная потребность ребенка.

- Психологическая структура семьи, воспитывающей больного ребенка, имеет следующий вид: активная, доминантная мать с «привязанным» к ней ребенком и отгороженный от них отец. Отец «перемещается» в сферу фантазий и идеальных представлений ребенка, наделяется особыми положительными качествами и вызывает преимущественно положительные эмоции. Объективное же «вытеснение» отца из психологической жизни ребенка может иметь несколько причин. Это прежде всего традиционное культурно обусловленное перераспределение функциональных обязанностей в семье в ситуации болезни ребенка, когда социально заданная тотальная ответственность за все происходящее с

больным ребенком приводит к распространению этой ответственности на все жизненное пространство семьи и отец оттесняется от своих ролевых форм влияния на ребенка. В ситуации болезни отец – наблюдатель, а не деятель. Типичная позиция диады мать-ребенок: «Уходи, не мешай, мы лечимся».

- Образовательный уровень родителей больных детей часто высокий. Это позволяет предположить наличие в семьях часто болеющих детей повышенных требований к организации быта и качеству окружающей материально-вещной среды, насыщенному проведению досуга, обогащению и развитию духовного мира ребенка. Кроме этого, родители четко осознают свою ответственность за воспитание детей, за достойную организацию семейной и общественной жизни. Родители склонны к анализу своей воспитательной деятельности и повышению педагогической культуры, проявляют повышенную заинтересованность социальным и физическим развитием детей. Внутрисемейная атмосфера характеризуется позитивным эмоциональным и интеллектуальным микроклиматом. Но при таких благоприятных для развития ребенка возможностях в семьях обычно присутствуют неудовлетворенность семейной жизнью и особенности в принятии и соблюдении составляющих ортобиоза (здорового образа жизни).

- В семьях часто болеющих детей нередко не соблюдаются в полной мере рекомендуемые режимы питания, сна, физической активности и нет фактического серьезного отношения к здоровью. Ситуация в семейной микросреде во многом определяется субъективной позицией родителей, их активностью и желанием совместно использовать имеющийся образовательный и культурный потенциал на благо ребенка.

В целом анализ микросоциальной среды развития соматически больных детей *младшего дошкольного возраста* в сравнении со здоровыми сверстниками показывает, что больные дети являются «принятыми» в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками болеющие дети неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений.

Анализ микросоциальной среды развития соматически больных детей *среднего дошкольного возраста* показывает, что развитие психических функций, таких как мышление, память, внимание, происходит в соответствии с возрастными закономерностями. Дети являются «принятыми» в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками болеющие дети по-прежнему неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений. Образовательный уровень родителей высокий. Внутрисемейная атмосфера характеризуется позитивным эмоциональным и интеллектуальным микроклиматом, удовлетворенностью семейной жизнью.

Микросоциальная среда соматически больных детей *старшего дошкольного возраста* характеризуется следующими особенностями. Дети являются «принятыми» в среде своих сверстников. Внутрисемейная атмосфера характеризуется нарушенным эмоциональным микроклиматом (Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ливанова М.Н., 1997; Михеева А.А., 1999; Николаева В.В., 1987; Орлова М.М., 1982, Котова Е.В., 2004, Груздева О.В, 2004, Вылегжанина Г.Г, 2005; Ковалевский В.А, Урываев В.А., 2006).

Познавательное развитие, речевой онтогенез больного ребенка дошкольного возраста характеризуются следующими особенностями.

- Общая истощаемость психической деятельности.
- Колебания работоспособности, инертность психической деятельности.
- Снижение продуктивности воспроизведения (у больных детей меньшие показатели объема, точности и устойчивости внимания, но преобладают более высокие уровни переключения внимания).
- В силу специфической направленности познавательной активности и ограниченности воспринимаемого пространства отмечается меньший объем памяти.
- Моделирующие перцептивные действия складываются позже (снижена сила побуждений).
- Уже в младшем дошкольном возрасте фиксируются отставания в речевом развитии у соматически больных детей по сравнению с их здоровыми сверстниками. Выявлены изменения в речевом развитии часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата младшего дошкольного возраста (лексический, грамматический строй речи, а также звуковая культура и связная речь). В среднем дошкольном возрасте у соматически больных детей продолжают наблюдаться сложности в развитии словаря и грамматического строя речи. Дети опираются в основном на лексическое, а не на грамматическое значение слова. Речь детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата по сравнению с часто болеющими детьми более аграмматичная, структурно нарушенная, активный словарь беднее. В старшем дошкольном возрасте зафиксировано снижение показателей речевого развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и повышение их же в группе часто болеющих детей (по сравнению со средним дошкольным возрастом). (Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ливанова М.Н., 1997; Михеева А.А., 1999; Николаева В.В., 1987; Орлова М.М., 1982, Груздева О.В, 2004; Ковалевский В.А, Урываев В.А., 2006).

Выявленные особенности социальной ситуации развития, особенности личности, познавательного развития и деятельности необходимы для построения программ медико-психолого-педагогического сопровождения развития соматически больных детей дошкольного возраста. Общая стратегия коррекционных воздействий на процесс психического и психологического развития больных детей должна осуществляться через оптимальные воздействия на всю социальную ситуацию развития, должно происходить взаимодействие внешних (социальных) и внутренних (индивидуально-личностных) факторов

развития соматически больных детей. Каждый аспект психокоррекции при работе с ребенком и взрослым рекомендуется проводить через активизацию мотивационного, содержательного и операционного компонентов осуществляемой ими деятельности.

Представленный опыт исследовательских и практических разработок в области изучения психосоматических проблем детей дошкольного возраста вызывает устойчивый интерес со стороны научного и практического сообщества и востребован в ряде образовательных и медицинских учреждений Красноярского края.

Психологические установки пациентов с сердечно-сосудистой патологией, предрасположенных к паническим атакам

И. Л. Гуреева

(Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия)

На протяжении многих веков люди пытаются найти ответ на вопрос о смысле жизни. Собственно говоря, эта тема актуальна и в наше время, так как всю жизнь мы ищем смысл своего существования и, если находим, то каждый в чем-то своем, индивидуальном. Отсутствие такового может вызывать значительные страдания. В тяжелой форме они могут приводить к глубоким личностным нарушениям.

Также нужно заметить, что многие эмоциональные и психологические нарушения являются результатом иррационального и неадаптивного мышления, препятствующего самореализации личности. А. Эллис считает, что некоторые люди имеют большей частью иррациональные идеи, которые заставляют их неуместно действовать и нецелесообразно реагировать на действия других. Он называет эти идеи базовыми иррациональными убеждениями и утверждает, что люди с тревожно-фобическими расстройствами обладают многими из них. Когда человек с подобными базовыми установками сталкивается со стрессовым событием, таким как экзамен или встреча с неприятным незнакомцем, он склонен считать его опасным и угрожающим. Если влияние этих посылок распространяется на все большее количество событий в жизни, у человека могут развиваться тревожно-фобические расстройства, в частности панические.

Паническое расстройство – это повторяющиеся, неожиданные и необъяснимые для самого индивида панические атаки. Панические атаки (ПА) – это внезапно, т. е. неожиданно, возникающие состояния интенсивно переживаемой тревоги, которые сопровождаются множеством соматических и психических симптомов и чувством постоянной угрозы.

Каждый обладает индивидуальным набором характерологических особенностей, это определенный тип нервной системы, темперамента, различные мировоззренческие установки, а также индивидуальные тенденции в реагировании на стрессовые ситуации. Кого-то стресс мобилизует, а на кого-то действует разрушающе, наполняя личность негативными эмоциями, в частности тревогой и страхом. В связи с этим немаловажно выявление тех личностных черт, которые могут препятствовать самореализации, способствовать развитию ПР, ухудшая тем самым имеющиеся соматические заболевания, в особенности сердечно-сосудистые.

Диапазон исследований психологических характеристик кардиологических больных с ПА не такой обширный, и результаты неоднозначны. Одни авторы считают, что возникновение панических атак у кардиологических больных связано с гормональной перестройкой в организме и с психогенными факторами (Вейн А.М., 1997; Погосова И.А., 2000; Юров И.Е., 2000); другие авторы предполагают, что в формировании данного заболевания играет роль конституциональный фактор (Ульянова Л.А., 1976; Шхвацабая И. К., Храмлишвили В.В., 1985). С учетом дефицита исследований в данной области вышеуказанная проблема представляется не только актуальной, но и важной, так как запущенные панические расстройства могут приводить к социальной изоляции больного, к значительному снижению качества жизни, к депрессии и ухудшению соматического состояния.

Целью нашего исследования явилось изучение смысложизненных ориентаций и иррациональных убеждений личности как факторов, способствующих формированию панических расстройств на фоне имеющегося заболевания сердечно-сосудистой системы.

Для оценки степени осмысленности жизни у исследуемых пациентов использовался «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) Д.А. Леонтьева. Для оценки выраженности иррациональных идей в разнообразных жизненных ситуациях была применена методика иррациональных убеждений А. Эллиса (вариант Х. Кассинова и Э. Бергера).

В исследовании приняли участие 160 пациентов с ишемической болезнью сердца, проходящих лечение в психосоматическом отделении Городской больницы № 32 г. Санкт-Петербурга. Пациенты были разделены на две группы. Экспериментальная группа включала в себя 90 пациентов: с диагнозом ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия напряжения с I функциональным классом 48 человек, со II функциональным классом 42 человека. Средняя длительность заболевания 8 лет. В качестве сопутствующего заболевания диагностируется паническое расстройство. Степень выраженности панических расстройств большей части больных (66 чел.) соответствует среднему уровню тяжести. Легкая степень панического расстройства отмечена лишь у 24 человек.

Контрольную группу составили 70 пациентов: с диагнозом ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия напряжения с I функциональным классом 39 человек, со II функциональным классом 31 человек. Средняя длительность заболевания 7 лет. Паническое расстройство не диагностируется. Из анамнеза заболевания известно, что у пациентов первой группы паническое расстройство начало прогрессировать практически сразу после дебюта стенокардии, а затем панические атаки возникали внезапно и непредсказуемо, 4 раза в месяц. Все испытуемые дееспособны. Средний возраст в первой группе – 55 лет, женщины составляют 60%, мужчины – 40%; средний возраст во второй группе – 56 лет, женщин – 55%, мужчин – 45%. Состоят в зарегистрированном браке в первой группе – 72%, во второй группе – 68%, не состоят в браке в первой группе – 28%, во второй группе – 32%. Исследование проводилось на начальном этапе лечения пациентов в стационаре.

Анализ средних значений по методике СЖО выявил статистически значимые различия по всем шкалам методики ($p = 0,001$). На основании этого можно сказать, что в первой группе уровень осмысленности жизни намного ниже, чем во второй. Пациенты первой группы плохо представляют себе свое будущее, имеют довольно неопределенные цели, не могут четко увидеть те ориентиры, к которым нужно стремиться. Они недостаточно удовлетворены своим настоящим, не испытывают яркого интереса к жизни, не видят в ней глубокого смысла и эмоциональной насыщенности. Также нужно отметить, что данные пациенты ощущают чувство неудовлетворенности пройденным отрезком своей жизни. Жизнь, лишенная четкой установки, может представляться человеку бессмысленной и пустой. Низкий уровень осмысленности жизни и неверие в свои силы и возможности могут приводить к различным невротическим нарушениям, в том числе к тревожным состояниям.

Показатель «общее осмысление жизни» в первой группе пациентов (72,33 – 50%) намного ниже, чем во второй (110,86 – 78%). То есть пациенты первой группы менее осмысленно и осознанно воспринимают свою жизнь. Когда человек не знает, из чего черпать смысл своей жизни, может возникать чувство неопределенности и неизвестности, что в свою очередь может стать причиной тревожных и депрессивных нарушений.

По показателю «цели в жизни» видно, что испытуемые первой группы (24,52 – 57%) недостаточно целеустремленны, в свое будущее они заглядывают осторожно, с некоторым беспокойством, так как не имеют четкого плана и уверенности в завтрашнем дне.

Наименьшие результаты в первой группе отмечаются по шкале «процесс жизни» (19,26 – 45%). То есть сам процесс жизни воспринимается как не очень интересный, скучный и эмоционально ненасыщенный, что может приводить к чувству неудовлетворенности своей жизнью, наполнять ее отрицательными эмоциями.

Также необходимо отметить шкалу «результативность жизни». Полученные результаты показывают, что пациенты первой группы невысоко оценивают продуктивность и осмысленность прожитой жизни (17,51 – 48%). Они не удовлетворены пройденным отрезком жизненного пути, своей самореализацией, своими достижениями.

Показатель «локус контроля Я» свидетельствует о том, что пациенты первой группы (13,93 – 46%) не считают себя сильной личностью, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. Иными словами, данные пациенты недостаточно верят в свои силы, чтобы контролировать события собственной жизни.

По шкале «локус контроля жизнь, или управляемость жизни» получается, что пациенты первой группы (20,16 – 47%) склонны воспринимать жизнь как нечто, неподвластное сознательному контролю. Они часто занимают пассивную позицию в проблемных жизненных ситуациях.

Из вышеизложенного можно заключить, что пациенты первой группы плохо различают в своем прошлом, настоящем и будущем источник смысла жизни.

У пациентов второй группы все показатели превышают 75%. То есть данные пациенты осознанно воспринимают свою жизнь и видят в ней смысл, имеют ясные цели в будущем, считают процесс своей жизни интересным и захватывающим, а также с удовлетворением оглядываются в прошлое. Они убеждены в том, что обладают достаточной свободой выбора, что человек способен контролировать свою жизнь и строить ее в соответствии со своими целями.

Анализ средних значений по методике иррациональные убеждения А. Эллиса выявил статистически значимые различия по всем шкалам ($p = 0,001$). На основании этого можно сказать, что в первой группе уровень выраженности иррациональных убеждений значительно выше, чем во второй. Пациенты первой группы воспринимают многие жизненные события негативно, преувеличивая их трагичность и значимость. Напротив, пациенты второй группы избегают преувеличивать значимость неприятных ситуаций, так как, по их оценке, такие ситуации хоть и причиняют беспокойство, но ни одна из них не является катастрофической. Они стараются жить, испытывая удовольствие от жизненного процесса, в то время как пациенты первой группы предъявляют к себе завышенные требования, стремятся быть совершенными и успешными. Поскольку такой абсолютизм нереалистичен, люди с подобными притязаниями склонны к появлению чувства неполноценности и чувства страха перед неудачей, что часто приводит к различным фобиям. Кроме того, пациенты первой группы очень требовательно относятся к окружающим, и если те не оправдывают их ожиданий, то незамедлительно подвергаются жесткому осуждению. Такое поведение иррационально, поскольку не существует абсолютных стандартов правильного поведения, и все люди допускают ошибки.

Самые низкие результаты у пациентов первой группы отмечаются по показателю «катастрофизация» (20,12), что свидетельствует о склонности сильно драматизировать жизненные события и преувеличивать их влияние на судьбу. Пациенты часто ставят свое счастье в зависимость от внешних ситуаций, что может привести к подавленности, тревожности, замкнутости и неудовлетворенности своей жизнью.

Показатель «долженствование в отношении себя» (20,14) свидетельствует о том, что пациенты первой группы стремятся быть абсолютно компетентными, совершенными и успешными. Такое поведение иллюстрирует гонку за навязанными кем-то идеалами и отдаляет человека от самого себя, от своей индивидуальности, не давая ему жить собственной жизнью и заниматься самореализацией.

По шкале «долженствование в отношении других» (22,12) у пациентов первой группы прослеживается убеждение, что окружающие должны вести себя по единому идеальному образцу, и если этого не происходит, то они заслуживают наказания. Такой подход, сопровождаемый постоянными мыслями о недостойном поведении окружающих, может привести к эмоциональным нарушениям.

Показатели по шкале «низкая фрустрационная толерантность» демонстрируют у пациентов первой группы низкую устойчивость к изменениям окружающего мира, к стрессам и нежелательным событиям (21,79). Это является следствием выраженности вышеописанных установок. Когда человек склонен смотреть на мир через призму трагичности и фатальности, когда требует от себя и от других абсолютной безупречности, многие внешние события воспринимаются им как непреодолимые, безвыходные и катастрофичные. Любая ригидность, телесная или мысленная, являет собой некое неблагополучие, что существенно снижает сопротивляемость организма к воздействиям среды.

Показатель по шкале «самооценка» свидетельствует об обесценивании себя пациентами первой группы (22,74). Обязанностью быть абсолютно идеальными данные пациенты обрекли себя на постоянные разочарования вследствие своего несоответствия идеалу. Это может вызвать у них ощущение собственной никчемности и неполноценности. Напротив, пациенты второй группы не подвержены иррациональным убеждениям, что свидетельствует об их способности адекватно оценивать ситуацию, себя и окружающих людей. Также необходимо отметить более высокую фрустрационную толерантность пациентов второй группы, проявляющуюся в устойчивости к стрессовым ситуациям и принятии оптимальных решений для выхода из них.

Из вышеизложенного можно заключить, что у пациентов первой группы достаточно сильно выражены иррациональные установки, а это может приводить их к серьезной дезадаптации в окружающей среде и декомпенсации имеющихся патологических состояний.

Таким образом, результаты исследования выявили у пациентов первой группы доминирование иррациональных и неконструктивных идей. Неадаптивные установки проявляются в склонности драматизировать многие жизненные события. Такие пациенты нередко очень требовательны к себе и к окружающим и проявляют нетерпимость, если чье-либо поведение отклоняется от идеального образца. Также у кардиологических больных с ПА обнаруживается низкая устойчивость к изменениям окружающей среды, к стрессовым и конфликтным ситуациям.

Обращает на себя внимание наличие у пациентов первой группы экзистенциальных, духовных проблем, проявляющихся в низком осмыслении своей жизни и в неудовлетворенности самореализацией. Слабое осознание смысла своего существования делает человека скованным, что в значительной мере мешает его самосовершенствованию и личностному росту.

Результаты проведенного исследования позволяют определить следующие направления психотерапевтического воздействия.

1. Идентифицировать у пациента малоадаптивные и вызывающие проблемы мысли и установки и помочь заменить данные стереотипы мышления на более реалистичные и продуктивные, способствующие активной и свободной жизни.
2. Помочь пациенту заполнить экзистенциальный вакуум смыслом и интересом, увидеть перспективу своей жизни, почувствовать удовлетворенность прожитым отрезком жизни и научиться использовать его как ценный опыт для дальнейшей самореализации.

Психологические особенности враждебной картины мира у больных с психической и психосоматической патологией

С. Н. Ениколопов, С. О. Кузнецова, А. А. Абрамова
(Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия)

На сегодняшний день в различных отраслях психологии представлены исследования феномена враждебности. Значительная часть исследований посвящена роли враждебности в развитии и протекании соматических (в первую очередь, сердечно-сосудистых) заболеваний, ее связи с тяжестью течения аллергических, онкологических, вирусных заболеваний и ранней смертностью.

По мнению целого ряда авторов, проблема построения субъективной картины мира относится к числу ключевых проблем психологии. Для обозначения внутреннего мира различными авторами

используются различные термины: «модель мира» (Bowlby J.), «теория реальности» (Epstein S.), «образ мира» (Леонтьев А.Н.) и др. В этой связи представляется целесообразным рассмотреть понятие «враждебность» в рамках отечественных и зарубежных представлений о картине мира. Всеми авторами подчеркивается исключительная роль картины мира в адаптации человека к условиям его существования. Картина мира составляет основу его жизнедеятельности во всех ее аспектах. Она служит базой для принятия решений и познания внешнего мира. Рассмотрение враждебности в данном контексте позволяет не только выяснить ее свойства как отношения, но проанализировать механизмы влияния враждебности на различные психические процессы, а также ее место в целостной системе отношений личности.

В отечественной психологии работы, посвященные изучению субъективной картины мира, как правило, выполнены в русле парадигмы «образа мира» А.Н. Леонтьева (1983). Среди основных характеристик образа мира А.Н. Леонтьев отмечает его принципиальную несводимость к совокупности образов отдельных внешних объектов, амодальность образа мира и его наполненность сверхчувственными качествами: значениями и личностными смыслами. Образ мира отличается как от обычных знаний, так и от чувственного восприятия внешнего мира. С.Д. Смирнов определяет образ мира как целостную многоуровневую систему представлений человека о мире, других людях, себе и своей деятельности, как систему, которая опосредует, преломляя через себя, любое внешнее воздействие. Е.Ю. Артемьева (1999) под картиной мира подразумевает один из слоев субъективного опыта, а именно семантический слой, в котором следы взаимодействия с объектами атрибутированы субъективным отношением. Картина мира, таким образом, представляет собой структурированную совокупность отношений к актуально воспринимаемым объектам. Во всех отечественных работах по данной тематике подчеркивается двоякая обусловленность картины мира, с одной стороны, индивидуальным опытом, а с другой – социально-историческими факторами. В этой связи враждебность человека, понимаемая в контексте его индивидуальной картины мира, отчасти является продуктом микро- и макросоциальных процессов и зависит от конкретной культурно-исторической реальности, в которой он оказывается.

В западной психологии исследованиями картины мира занимаются представители когнитивной психологии. S. Epstein (1973) вводит понятие концептуальной системы (КС), которое характеризует представления человека о действительности, и выделяет в ней три уровня: рациональная КС (сознательный уровень), эмпирическая КС, или теория реальности, (предсознательный уровень) и ассоциативная КС (бессознательный уровень). В рамках данной концепции враждебность соотносится с предсознательным уровнем концептуальной системы. Еще одной западной теорией, рассматривающей проблему картины мира, является теория «базовых убеждений». R. Janoff-Bulman уделяет особое внимание содержательной характеристике так называемых базовых убеждений человека в отношении внешнего мира, относящихся к самым глубинным слоям субъективной реальности. Как следует из данной теории, основой нормальной адаптации человека является генерализованное позитивное отношение к миру, своего рода «базовая невраждебность». Она, кстати, не исключает возможности негативного отношения к отдельным частным объектам и событиям.

Основная проблема изучения враждебной картины мира заключается в том, что она не имеет однозначных поведенческих или каких-либо других внешних коррелятов и существует только в системе отношений человека, его представлений о внешнем мире. Анализ основных методических подходов к изучению враждебности показал, что ни одна из методик оценки враждебности, взятая в отдельности, не позволяет полно и достоверно судить о количественных и качественных аспектах враждебности. Поэтому при изучении такого сложного явления, как враждебность, следует придерживаться принципов синдромного анализа.

Обобщая результаты, полученные при исследовании враждебности на материале психической и психосоматической патологии (А.В. Охматовская, С.Н. Ениколопов, А.А. Абрамова, С.О. Кузнецова), позволили выявить качественные и количественные аспекты враждебной картины мира. У психических и психосоматических больных отмечаются достоверно повышенные количественные показатели враждебности, по сравнению с нормой, что подтверждается высокими значениями общего уровня враждебности в клинической группе, полученными в тестовых заданиях. Кроме этого, при психической и психосоматической патологии отмечается качественная специфика враждебности, выражающаяся в подозрительности, настороженности, амбивалентности, экстрапунитивности и генерализации враждебного отношения, которые проявляются не только в тестовых значениях, но также в поведении больных в ситуации обследования и вне ее.

При сравнении групп психических и психосоматических больных различной нозологии (шизофрения, шизоаффективные и аффективные расстройства, бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца) не были выявлены статистически значимые различия между группами больных по непосредственным показателям общего уровня враждебности. Отсутствие взаимосвязи враждебности с нозологической принадлежностью может свидетельствовать об универсальности, нозонеспецифичности враждебности как психологического маркера психического заболевания и не только. Таким образом, есть основания рассматривать враждебность в числе общих психологических факторов риска психических заболеваний, не специфичных для какой-либо отдельной нозологии. Предполагая, что враждебность является общим для многих психических и психосоматических заболеваний фактором риска, мы допускаем,

что ее сочетания с определенными паттернами поведения могут быть специфичными для конкретных нозологий.

При сравнении групп психических и психосоматических больных с различной длительностью заболевания (первую группу составили больные с длительностью заболевания до года, вторую – более года) статистически значимые различия выявлены по факторам: «доброжелательность окружающего мира», «эмоциональность» и «удача». Средние значения по данным шкалам выше в группе больных с продолжительностью заболевания до года, по сравнению с группой больных с продолжительностью заболевания более года. При этом коэффициент агрессивности повышается с увеличением длительности заболевания. Следует отметить, что существует слабая связь длительности заболевания с фактором настороженности ($r = 0,07$): с увеличением длительности заболевания значения по фактору настороженности увеличиваются. Полученные данные согласуются с рядом исследований (Абрамова А.А., 2005, Соловьева С.Л., 1997), в которых отмечается, что по мере увеличения длительности психического и психосоматического заболевания акцентируются такие поведенческие проявления, как раздражительность, агрессивность, усугубляются эмоциональные расстройства. Это связано с нарастанием негативной симптоматики и увеличением тяжести течения заболевания, а также с истощением адаптивно-компенсаторных механизмов у данных больных.

Согласно результатам наших исследований, враждебная картина мира является устойчивой психологической структурой, не зависящей от длительности течения заболевания. Этот факт позволяет сделать предположение о том, что враждебность скорее является фактором предрасположенности, психологическим маркером индивидуальной уязвимости, нежели реакцией на болезнь. Данное предположение находит свое подтверждение в работе А.В. Охматовской (2001), которая на материале больных бронхиальной астмой делает вывод об устойчивости враждебности во времени и ее независимости от тяжести течения заболевания. Таким образом, полученные результаты служат существенным доводом в пользу гипотезы о первичной природе враждебности в отношении психической и психосоматической патологии. При этом пока неизвестно, является ли враждебность фактором, усугубляющим заболевание, или функцией от его объективной тяжести. Возможно также двустороннее влияние. Значимых корреляций враждебности с возрастом больных также не обнаружено.

Среди направлений дальнейших психологических исследований враждебности следует выделить также изучение психологических, физиологических, биохимических, наследственных и других механизмов враждебности. Чрезвычайно важной задачей дальнейшего исследования враждебности можно считать разработку методического комплекса, позволяющего фиксировать не только количественные, но и качественные аспекты враждебности. Это является необходимым условием многостороннего изучения проблемы взаимосвязи враждебности как с физическим здоровьем, так и с поведением, а также с другими психическими явлениями. Эта проблема важна не только для клинической психологии, но и для психологии личности, социальной психологии, криминальной психологии, психологии девиантного поведения и других областей. Таким образом, следует отметить необходимость изучения роли враждебности в происхождении и течении психических и психосоматических болезней с позиций междисциплинарного подхода.

Еще одной важной практической задачей, стоящей перед клинической практикой, является организация эффективного взаимодействия больного с лечащим врачом, а также создание оптимального плана лечения, опирающегося на знание индивидуально-психологических особенностей пациента. Изучение системы отношений психических и психосоматических больных с учетом враждебности имеет в этом смысле большое значение.

Об использовании методики «Конструирование объектов» для оценки особенностей мышления детей и подростков, больных шизофренией

Н. В. Зверева, А. И. Хромов

(Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия)

Методика «Конструирование объектов» имеет свою историю применения в отечественной патопсихологии. В 70-х гг. XX века методика была модифицирована и реконструирована Т.К. Мелешко, С.М. Алейниковой и В.А. Литвак на основе методики, предложенной В.И. Слободчиковым. Испытания нового для патопсихологии психодиагностического методического средства проходили в лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (ныне НЦПЗ РАМН), которой в те годы руководил Ю.Ф. Поляков. В 80-х гг. в качестве испытуемых выступали больные шизофренией детского, юношеского, среднего и пожилого возраста (С.М. Алейникова, Т.К. Мелешко, В.А. Литвак, В.П. Критская и др.). Для уточнения своеобразия мышления больных были проведены исследования на контрольных группах здоровых испытуемых соответствующих возрастов. Было показано, что методика имеет широкий возрастной диапазон применения (от 5-7 лет до пожилого возраста, определены свои нормативные данные на каждый возраст). В 2000-х гг. методика использовалась для оценки состояния мышления у лиц, принадлежащих к неформальным молодежным объединениям (М.П. Кобзова, Н.В. Зверева). Методика

направлена на исследование мышления, в первую очередь его предметно-содержательного аспекта и избирательности.

В детской патопсихологической диагностике используется вариант, предложенный С.М. Алейниковой и Т.К. Мелешко (см. материалы из сборника трудов Института психиатрии АМН СССР «Экспериментальные исследования патологии психической деятельности при шизофрении» под редакцией Ю.Ф. Полякова, а также статью С.М. Алейниковой и Н.В. Захаровой в Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1984, вып.10). С.М. Алейникова (1985) использовала методику в своем диссертационном исследовании, посвященном изучению особенностей мыслительной деятельности у детей, больных шизофренией, с разными типами дизонтогенеза. В работе были получены варианты стандартных ответов по разным возрастам (от 5-6 до 12-14 лет) в нормативной выборке здоровых испытуемых, а также было показано своеобразие выполнения задания на конструирование больными шизофренией детьми с задержанным и искаженными типами дизонтогенеза.

Стимульным материалом выступают 7 наборов по 4 прилагательных (свойства объектов) в каждом, которые напечатаны в столбик на карточках. Возможна устная форма предъявления, чтение наборов самим испытуемым или двойное зрительное и слуховое предъявление. Порядок предъявления строго фиксирован, чередуются относительно простые для решения и сложные наборы. Для работы с маленькими детьми имеется дополнительный набор, который может быть применен как для обучения способу работы, так и для простоты понимания инструкции у детей среднего дошкольного возраста, при нормальном развитии или при разных вариантах ретардации.

Инструкция испытуемому: на каждой карточке написаны 4 признака какого-то предмета (или они зачитываются вслух для не умеющих читать), твоя задача угадать или придумать, что это за предмет, главное, чтобы все 4 перечисленных свойства у него были; слова даны в мужском роде, твой объект может быть любого рода. Тебе Все понятно? (Называется первый набор.)

Процедура проведения проста: сначала дается общая инструкция, и затем перед испытуемым выкладываются на карточках каждый из наборов (можно одновременно назвать свойства вслух или попросить испытуемого прочесть их вслух) в заданной последовательности. Ответы испытуемого записываются в протоколе экспериментатором, в ряде случаев требуется дополнение к инструкции: если экспериментатору непонятно, почему названный объект обладает каким-либо свойством, задается дополнительный вопрос, уточняющий наличие данного признака в актуализируемом объекте, и ответ записывается в протоколе. Если испытуемый спрашивает, можно ли давать несколько ответов, то указывается, что возможно несколько вариантов, а одного-единственного правильного ответа нет. Если испытуемый не давал ответа, можно после небольшой стимуляции разрешить перейти к следующей карточке, отметив в протоколе отсутствие ответа.

Параметры оценки. Выполнение задания анализируется по следующим параметрам:

- *общая продуктивность* – количество ответов в целом (по всем семи наборам);
- так называемое *целостное конструирование* – количество ответов, удовлетворяющих инструкции (по всем четырем признакам);
- *стандартность ответов* (определяется по ответам нормативной выборки) – отношение стандартных ответов к общему числу ответов у данного испытуемого (коэффициент стандартности);
- наличие *комбинаторного способа* выполнения задания, т.е. когда для того, чтобы данное свойство имелось у объекта, необходимо создать дополнительные условия; по данным В.И. Слободчикова, такой способ выполнения может говорить о наличии у испытуемого творческого потенциала, фактически это выход за пределы заданного по В.Д. Шадрикову.

В настоящей статье обобщен 15-летний опыт использования методики в исследовании детей с разными видами отклоняющегося развития, прежде всего с детской шизофренией. Исследования проводились психологами в детском отделе клиники НЦПЗ РАМН. Отдавая себе отчет в том, что анализ состояния мышления по одной методике не совсем корректен с позиций отечественной клинической психологии, авторы идут на этот риск в связи с тем, что необходимо раскрыть возможности изучаемой методики.

Цель исследования – изучение особенностей предметно-содержательного аспекта мышления у детей с эндогенной психической патологией с помощью методики «Конструирование объектов».

Данное методическое средство в течение более чем 30 лет используется в детской патопсихологии, поэтому необходимо подтверждение полученных ранее данных на новых выборках в связи с новыми социально-культурными обстоятельствами, возможностью новых вариантов качественной и количественной обработки полученных результатов, новыми исследовательскими вопросами. Вышесказанное определило постановку задач настоящей работы.

Задачи:

- сравнение современных данных, полученных по методике, с данными, полученными С.М. Алейниковой в 80-е гг. по параметрам продуктивности и стандартности;
- поиск и разработка альтернативных способов оценки стандартности ответов;
- оценка возрастной динамики нарушений мышления;
- оценка половых различий.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 262 пациента (181 мальчик), проходивших стационарное лечение в детском отделении НЦПЗ РАМН, а также группа сравнения (норма), которую составили 168 детей и подростков (91 мальчик) – учащихся общеобразовательных школ г. Москвы и Московской области. Возраст в группе больных колебался от 5,1 до 18,8 лет и в среднем составил 12,25 года (ст. отклонение 2,54 года), в группе нормы возраст колебался от 7 до 19 лет и в среднем составил 12,95 (2,18) года. Оценка состояния мышления по результатам методики «Конструирование объектов» проводилась как по всей группе нормы и больных, так и в связи с делением каждой из них на возрастные подгруппы с «шагом» в 2-3 года.

Среди больных на основании выставленных врачами диагнозов были выделены две диагностические группы: шизофрения, детский тип (F20.xx) – 49 человек, шизотипическое расстройство (F21.xx) – 98 человек, Fxx.xx – 54 больных с другими диагнозами. У 61 человека информация о диагнозе отсутствовала.

Результаты. На основе описанных выше, а также дополнительно разработанных оценочных параметров (разные способы оценки продуктивности и стандартности) проведен анализ уровня развития мышления группы больных с использованием новых показателей и математических процедур. В исследовании С.М. Алейниковой продуктивность оценивалась по всем наборам сразу (причем не общая, а специальная – количество целостных ответов и количество ответов с использованием комбинаторного способа), также как и общая стандартность ответов. В предлагаемой работе использована как общая продуктивность (количество ответов), так и отдельно по каждому из наборов, тогда как целостные ответы и комбинаторный способ на этом этапе исследования не рассматривались отдельно.

Сравнение группы больных с нормой по **параметру общей продуктивности** (по всем семи наборам) не показало различий (7,57 в норме и 7,46 у больных, $t=0,506$, $p=0,613$). Различия были обнаружены только по показателям продуктивности отдельных наборов: 3-го, 4-го, 5-го и 6-го ($p \leq 0,044$). Оценка *возрастной динамики* методом срезов также не выявила выраженной возрастной динамики по параметру продуктивности ни у больных, ни здоровых. При этом можно отметить небольшое снижение продуктивности у больных до 8 лет, а также у здоровых детей 8-9 лет по отношению к общему уровню в других возрастных группах. Сравнение продуктивности *по полу* как в группе больных, так и здоровых также не показало различий. В работе С.М. Алейниковой подобный показатель не использован.

Сравнение показателей продуктивности разных *по диагнозу* групп больных показало, что больные с диагнозом F20 демонстрировали несколько более низкие (в основном за счет распределения показателей продуктивности по типу «плато» между 5 и 9 единицами), хотя и не отличавшиеся достоверно показатели, чем больные с другими диагнозами. Для остальных групп больных (особенно для нормы) распределение показателя общей продуктивности было близко к нормальному со средним 7 единиц. В исследовании С.М. Алейниковой дети с задержанным типом дизонтогенеза были менее продуктивны, чем дети с искаженным типом дизонтогенеза, норма занимала промежуточное положение.

Таким образом, можно сделать предварительное заключение о недостаточной информативности данного показателя в качестве дифференциального параметра в данной методике. Как и ожидалось, средняя продуктивность оказалась близкой к 7, т.е. большинство испытуемых дали по одному ответу на каждый набор.

Показатель продуктивности может служить отправной точкой для оценки стандартности ответов.

Для оценки **параметра стандартности** ответов у С.М. Алейниковой была описана особая процедура. В настоящей работе был использован другой способ оценки. Сопоставлялось количество единичных ответов в норме и патологии по всем наборам, оценивались оригинальные ответы у больных, собственно оценка стандартности проводилась следующим образом: из общего списка ответов в норме отсекались одиночные ответы. По оставшемуся массиву ответов оценивалась средняя частота встречаемости, и те ответы, которые встречались чаще, чем в среднем, были приняты за стандартные. В связи с этим коэффициент стандартности варьировал от 0 до 100%. Стандартные ответы определялись как по каждому из наборов, так и по всей методике.

Возрастные особенности пока не учитывались, но рассматривались отдельно стандартные ответы для мальчиков и девочек; подобного анализа не проведено в исследовании С.М. Алейниковой. Коэффициент стандартности, вычисленный в нашем исследовании по всем ответам, в норме – 69%, у больных – 52%; у здоровых и больных мальчиков, 69% и 50% ($p=0,03$); у здоровых и больных девочек – 64%, и 49% ($p=0,022$) соответственно. Средний коэффициент стандартности (по общему и по каждому из наборов) достоверно ниже у больных (51%), чем у здоровых (73%) ($t=2,205$, $p=0,045$). Все различия по коэффициентам стандартности между выборками нормы и больных (вся совокупность пациентов с эндогенными диагнозами) имеют статистическую значимость. В исследовании С.М. Алейниковой определялся коэффициент стандартности для каждой возрастной группы, но если рассматривать общий показатель стандартности, опираясь на имевшиеся результаты, то будет следующая картина: здоровые дети – 54%, больные шизофренией – 44%. Очевидно, что общий характер различий не изменился, тогда как величина показателя стандартности увеличилась как в группе нормы, так и в группе патологии.

Резюме. Методика «Конструирование объектов» была (в 1980-х гг.) и остается до настоящего времени (2000-е гг.) надежным средством для различения предметно-содержательного аспекта мышления в

норме и при эндогенной патологии у детей и подростков. Различия по полу не были обнаружены в проведенном нами исследовании за исключением продуктивности в отдельных наборах.

Использование коэффициента стандартности в новых условиях требует дополнения путем анализа «длины» единичных ответов, возможно, процедуры ранжирования единичных, стандартных и оригинальных ответов. Большой интерес может представлять сопоставительный филологический анализ ответов, применение оценок отдельно к каждому набору и т.п.

Методика имеет определенный ресурс для дальнейшего применения в научно-практической деятельности клинических психологов, работающих с разными возрастными категориями.

Клинико-психологические факторы готовности к материнству

М. Е. Ившина

(Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия)

Проблема материнства – одна из наиболее сложных и мало разработанных областей современной науки, но, несмотря на это, последнее время у нас в стране отмечается рост интереса к психологическим аспектам беременности и родов, готовности к материнству, материнства в целом. Материнство изучается в русле различных наук: истории, культурологии, медицины, физиологии, психологии. В последнее время появился интерес к комплексному исследованию данной проблемы. Важность материнского поведения для развития ребенка, его сложная структура и путь развития, множественность культурных и индивидуальных вариантов, а также огромное количество современных исследований в этой области позволяют говорить о материнстве как о самостоятельной реальности, требующей разработки целостного научного подхода для его исследования.

Существует множество клинико-психологических факторов, влияющих на готовность к материнству, на принятие роли матери: контекст жизненного пути, взаимоотношения с лечащим врачом, матерью, супругом, здоровье будущей матери.

Зарубежные исследования в отличие от отечественных характеризуются чрезвычайной обширностью, разнонаправленностью концепций и подходов. В отечественной перинатальной психологии женщины, перенесшие аборт, как произвольный, так и непроизвольный, изучаются пока только лишь с медицинской точки зрения.

Проблема нашего исследования заключается в том, каким образом наличие негативного опыта первой беременности (выкидыша) влияет на формирование готовности к материнству, на принятие роли матери, на ранний контакт между матерью и ребенком при повторной беременности.

Под незавершенной беременностью мы будем понимать выкидыш, который был следствием проблем со здоровьем женщины или ребенка.

С медицинской точки зрения увеличивается число женщин, не способных выполнить репродуктивную функцию в связи с состоянием здоровья, или тех, у которых беременность не заканчивается рождением ребенка. Такой группе женщин следует уделять большое внимание с целью стабилизации их эмоционального и общего психологического состояния, так как беременность у этих женщин была желанной и ее прерывание поэтому является наиболее болезненным.

Объектом исследования выступила готовность к материнству как индикатор принятия роли матери.

Предметом исследования являются особенности готовности к материнству у беременных женщин, имеющих опыт незавершенной беременности.

Целью исследования выступило влияние опыта невынашивания беременности на готовность к материнству.

Задачи исследования.

- 1) Исследовать особенности готовности к материнству у женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, в сравнении с женщинами, не имеющими такого опыта.
- 2) Исследовать влияние опыта невынашивания беременности на эмоциональный и смысловой компоненты переживания беременности.
- 3) Исследовать особенности жизненного пути женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, в сравнении с женщинами, не имеющими такого опыта.

В данном исследовании реализуется экспериментальный план *ex – post – facto*. А также был использован метод поперечных срезов (по Б.Г. Ананьеву).

Исследование проводилось в 2007-2010 годах на базе родильного отделения Курского областного пренатального центра и БСМП.

В контрольную группу вошли женщины, ожидающие первого ребенка, экспериментальную группу составили беременные женщины, в анамнезе которых был негативный опыт первой беременности (выкидыш). Выборка составила 150 человек: беременные со сроком 27 – 40 недель, женщины, ожидающие первого ребенка (101 человек); и беременные женщины, имеющие опыт незавершенной беременности (выкидыш) (49 человек).

Работа велась индивидуально с каждой испытуемой. Непосредственно перед экспериментально-психологическим обследованием использовалось неструктурированное доэкспериментальное интервью.

Методы исследования:

1. Структурированное интервью;
2. Анамнестический метод (анализ медицинских карт)
3. Психодиагностические методы: тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО, Д.А. Леонтьев); тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова;
4. Проективные методы: модифицированный восьмицветовой тест Люшера; методика «Линия жизни»; тест «Фигуры» Г.Г. Филипповой.
5. Методы математической обработки: критерий Манна – Уитни.

В нашем исследовании мы предположили, что наличие опыта незавершенной беременности влияет на формирование принятия роли матери при повторной беременности.

В третьем триместре в эмоциональном компоненте переживания беременности женщин, беременных впервые, и женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, не выявлено значимых различий ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о выраженной тревожности в обеих группах, что соответствует литературным данным.

Результаты свидетельствуют о том, что у женщин с негативным опытом беременности отмечается изоляция и неуверенность в себе, что, возможно, также обусловлено страхом перед родами. При этом у женщин без негативного опыта существует потребность в поддержке и одобрении принятия роли матери. В обеих исследовательских группах отмечаются признаки социально-психологической дезадаптации, что связано со специфичностью качественно нового состояния – состояния беременности.

По приведенным выше результатам можно сказать о том, что в контрольной и экспериментальной группах отмечается повышенный уровень тревожности, что соответствует литературным данным (Собчик Л.Н., 2008).

Рассмотрен смысловой компонент переживания беременности по тесту СЖО Д.А. Леонтьева. Были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по шкалам «цели» и «локус контроля – я».

Таким образом, в результате полученных данных мы можем говорить о том, что у женщин, имеющих опыт невынашивания беременности в прошлом, показатели наличия целей выше, чем у женщин, ожидающих первого ребенка. Это говорит о том, что беременные женщины с опытом невынашивания имеют потребность стать матерью. Их планы не имеют реальной опоры в настоящем, поскольку ребенок еще не родился и они на данный момент не могут реализовать себя в роли матери, а только готовятся к ней. Женщины без негативного опыта беременности живут настоящим, ставят цели, но цели имеют реальную опору; у этих женщин происходит постепенное формирование принятия роли матери. Женщины живут сегодняшним днем и отвечают на потребности, свои и ещё не родившегося ребенка.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин с негативным опытом беременности в прошлом представление о себе – как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора. Они строят свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле жизни, в соответствии с ценностью появления ребенка. Эти женщины стремятся к контролю над актуальной ситуацией, в том числе своим состоянием, прилагают большие усилия для того, чтобы беременность протекала нормально и ребенок родился здоровым. У женщин без негативного опыта беременности процесс контроля своей жизни происходит более гармонично и сглажено, так как помимо рождения ребенка и присвоения новой социальной роли у них существует множество других жизненных задач.

В смысловом компоненте переживания беременности (по данным методики «Линия жизни») мы получили статистически значимые различия ($p = 0,05$) по шкале «учеба», выделении событий, связанных с социальными процессами.

По полученным данным можно говорить о том, что у женщин, ожидающих первого ребенка, ресурсом является переживание беременности, рождение ребенка, встреча спутника жизни, замужество, профессиональная деятельность, семья, что свидетельствует о том, что принятие роли матери у них проходит в ресурсном состоянии. В отрицательных же событиях мы видим, что женщины нагружены болезнями и потерей родственников, но при большом объеме ресурсного состояния они справляются с данными переживаниями, что свидетельствует о том, что они принимают роль матери.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин, имеющих в прошлом опыт незавершенной беременности (выкидыш), ресурсы сужены по сравнению с женщинами, которые не имеют опыта незавершенной беременности.

К их ресурсам относятся следующие этапы жизни: замужество, беременность, окончание института, рождение ребенка в будущем, карьерный рост и процесс сепарации от родителей. Это также помогает им принимать социальную роль матери. К отрицательным же событиям относятся намного больше событий, что свидетельствует о перегруженности беременных женщин.

Для женщин, беременных впервые, характерна направленность на собственную семью. Женщины обеих групп выделяют положительно эмоционально окрашенные события, связанные с детскими воспоминаниями, учебой, вступлением в брак, встречей спутника жизни, работой, материальным благополучием. У женщин на третьем триместре беременности ухудшается самочувствие, повышается

утомляемость, наряду с этим ощутимо снижается интерес ко всему, не связанному с ребенком. Образ ребенка становится более конкретным, женщины достаточно легко представляют его внешний вид, особенности поведения, свои действия с ним. Изменяется и отношение к обществу и семье. Все это составляет смысловую сферу беременной женщины на последнем этапе беременности. На третьем триместре деятельность у беременных женщин направлена на подготовку к родам.

Кроме того, были обнаружены статистически значимые различия ($p=0,05$) по показателю рефлексивности: женщины, имеющие в прошлом опыт невынашивания беременности, имеют более высокий уровень рефлексивности, чем женщины, не имеющие этого опыта. А у женщин, у которых был опыт невынашивания, проявляется чрезмерная склонность к анализу уже выполненной в прошлом деятельности и совершившихся событий. Они обеспечивают себе непосредственный самоконтроль поведения в актуальной ситуации, анализ происходящего, способны соотнести свои действия с ситуацией в соответствии с изменяющимися условиями и собственным состоянием, для того чтобы освоить роль матери. Такие женщины не чувствуют своих потребностей и потребностей ребенка, а действуют больше по алгоритму. У женщин же без негативного опыта беременности рефлексивность приобретает гибкий и адаптивный характер, что позволяет им принимать своего ребенка в целостности и, как мы предполагаем, устанавливать с ребенком качественно хороший контакт, принимая свою социальную роль – роль матери.

Женщины, имеющие опыт невынашивания беременности, строят отношения с супругом, учитывая все варианты отношений, для того чтобы создать благоприятную атмосферу для появления долгожданного ребенка. Ценность ребенка определяется не только его появлением в семье, но и тем, что ребенок дополняет сложившийся психологический климат между партнерами, где женщина будет себя чувствовать благоприятно в роли матери.

Достоверные различия с уровнем значимости $p<0,05$ выявлены в типах готовности к материнству. В группе женщин, ожидающих первого ребенка, в основном преобладает адекватный тип готовности – 70%, тревожный тип выявлен у 20%, у 10% – игнорирующий тип готовности к материнству. У женщин, имеющих опыт невынашивания беременности, данные показатели следующие: адекватная готовность к материнству – 25%, тревожная – 62% и игнорирующая – 10%.

Таким образом, мы подтвердили свое предположение о том, что у беременных женщин, имеющих негативный опыт первой беременности (выкидыш), преобладает тревожный тип готовности к материнству.

Психологические характеристики больных ишемической болезнью сердца, получающих высокотехнологичное хирургическое лечение

Б. В. Иовлев

(Санкт-Петербургский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия)

Н. Е. Круглова

(Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия)

О. Ю. Щелкова

(Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия)

Актуальность исследования. Внедрение идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний происходит интенсивно и связано с все большим пониманием важной роли личности больного и социально-психологических факторов в развитии заболеваний и в лечебно-восстановительном процессе. В современных условиях традиционные исследования, в которых психосоциальные факторы рассматривались как предикторы возникновения и течения ишемической болезни сердца (ИБС), все больше уступают место исследованиям, в центр которых поставлена проблема психологической адаптации личности к хроническому заболеванию. Система психологической адаптации к болезни неразрывно связана с механизмами компенсации. Создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни включает представления о комплексе компенсаторно-адаптивных реакций организма и личности, а не только его адаптации к изменившимся в связи с болезнью условиям существования (Коцюбинский А.П., 2001).

Основными адаптационно-компенсаторными психологическими образованиями выступают «внутренняя картина болезни», стратегии и ресурсы стресс-преодолевающего поведения, субъективная составляющая качества жизни больных, понимаемая как способность человека сделать хроническое заболевание частью своей жизни (Вассерман Л.И. с соавт., 2001). Изучение этих феноменов может способствовать целенаправленной психологической коррекции больных. Для оптимизации самого лечебного процесса также необходим учет психологических факторов, так как лечение ИБС, прежде всего, оперативное вмешательство, может выступать важным стрессогенным фактором и влиять на эмоциональное состояние больного, а значит – на ход лечебно-восстановительных мероприятий (Великанов А.А. с соавт., 2007).

Исходя из этого, представляется актуальным проведение исследования, направленного на выявление психологических характеристик больных ИБС, получающих различные виды оперативного лечения.

Цель исследования: сравнительный анализ психологических характеристик (эмоционального состояния; особенностей личности и стресс-преодолевающего поведения; ценностно-мотивационной сферы; качества жизни) больных ИБС, получающих различные виды высокотехнологичного хирургического лечения.

Методы исследования. Клинико-психологический метод реализовался с помощью специально разработанного интервью. Были изучены такие значимые сферы отношений личности, как семья, трудовая деятельность, межличностное взаимодействие, основные привычки и увлечения, а также отношение к болезни и предстоящему хирургическому лечению.

Использованы также экспериментально-психологические методики:

- «Методика определения доминирующего состояния» (Куликов Л.В., 2005),
- «Интегративный тест тревожности» (Бизюк А.П. с соавт., 2005),
- «Способы копинга» (Вассерман Л.И. с соавт., 2009),
- «Большая пятерка» (Яничев Д.П., 2006),
- «Тест жизнестойкости» (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006),
- «Тест смысложизненных ориентаций» (Леонтьев Д.А., 2006),
- «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» SF-36 (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003).

Всего проанализировано 65 медико-биологических, социально-демографических и клинико-психологических характеристик больных, а также 49 экспериментальных показателей, полученных в период подготовки больных ИБС к оперативному лечению. Математико-статистическая обработка проводилась с помощью двухфакторного дисперсионного анализа (для количественных признаков) и критерия χ^2 (для номинативных признаков).

Материал исследования. Исследование поведено в «Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» (г. Санкт-Петербург). Исследовано 40 больных ИБС: 18 чел., перенесших ангиопластику и стентирование коронарных артерий (СКА), 22 чел. – операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ); средний возраст больных – 54,93 лет. Среди изученных больных ИБС преобладали мужчины старшего трудоспособного возраста; группы больных (СКА и АКШ) оказались сопоставимыми по своим демографическим характеристикам: статистически значимых различий по полу и возрасту выявлено не было.

Результаты исследования. Сравнительный анализ медико-биологических характеристик больных ИБС, получающих различные виды высокотехнологичного хирургического лечения, показал, что между сопоставляемыми группами больных существуют различия по количеству пораженных коронарных артерий ($p < 0,05$) и показателю субокклюзии (95-99% поражения крупных коронарных артерий) ($0,05 < p < 0,1$), которые оказались выше и указывали на более тяжелое соматическое состояние больных группы АКШ по сравнению с больными группы СКА.

Анализ полученных с помощью интервью социально-демографических и психологические характеристики больных ИБС выявил преобладание лиц со средним образованием в группе СКА, а также лиц с высшим образованием – в группе АКШ ($0,05 < p < 0,1$). Семейные отношения чаще характеризовались теплотой, сплоченностью, взаимопониманием, а также носили открыто конфликтный характер с сохранением эмоциональной близости в группе АКШ ($0,05 < p < 0,1$); в группе СКА по сравнению с группой АКШ чаще отмечались формальные, бесконфликтные отношения ($0,05 < p < 0,1$). Результаты исследования семейных отношений косвенным образом указывают на большую эмоциональную откликаемость и возбудимость больных группы АКШ по сравнению с больными группы СКА. Характер семейных отношений в исследованных группах больных в определенной степени мог определяться возрастным соотношением супругов: в группе СКА существенно преобладали лица, чей возраст был меньше, чем возраст супруга(и) ($p < 0,001$); в группе АКШ, напротив, преобладали лица более старшие по возрасту своего супруга(и). При этом следует иметь в виду, что в обеих группах преобладали мужчины.

В группе АКШ чаще отмечалось как адекватное, так и гипернозогнозическое (фиксация на болезни, ипохондрические установки) отношение к болезни и лечению ($p < 0,01$); в группе СКА чаще, чем в группе АКШ, отмечалось гипонозогнозическое отношение (игнорирование болезни, «уход» от болезни в работу) ($p < 0,01$). В группе больных СКА выявился больший процент лиц, занятых до операции физическим трудом ($p < 0,05$).

В экспериментально-психологическом исследовании эмоциональной сферы не выявлено статистически значимых различий между больными ИБС, перенесшими стентирование коронарных артерий (СКА) и аортокоронарное шунтирование (АКШ), по показателям «Методики определения доминирующего состояния». В обеих группах показатели всех шести шкал методики не выходили за пределы нормативного диапазона. В то же время «профиль» эмоционального состояния больных АКШ оказался в целом выше соответствующего «профиля» больных СКА, что свидетельствует о большей степени нервно-психического напряжения и выраженности негативных эмоций у больных АКШ по сравнению с больными СКА. В обеих группах наибольшие значения имели показатели шкал тревожности и неудовлетворенности жизнью.

Учитывая важное значение тревожности в механизмах развития ИБС (Винокур В.А., 2008), с помощью «Интегративного теста тревожности» было проведено дифференцированное исследование этого психологического феномена у больных сравниваемых групп. Показатели ситуативной тревожности (тревожности как актуального психического состояния) в обеих группах больных ИБС не превышают

нормативных значений. В то же время показатель по шкале тревожной оценки перспективы в группе АКШ оказался достоверно выше, чем соответствующий показатель в группе СКА ($p < 0,01$), и его значение приближается к границе нормы. Существенно выше в группе АКШ оказался также показатель по шкале фобического компонента тревожности ($0,05 < p < 0,1$), что отражает наличие в эмоциональном состоянии больных недифференцированных страхов, переживаний неясной грозы, неопределенности жизненной ситуации и неуверенности в себе. Результаты исследования личностной тревожности также отражают преобладание в группе АКШ фобического компонента ($p < 0,01$), что указывает на устойчивую склонность воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающие. Можно предположить, что преобладание фобического компонента тревожности в группе АКШ связано с объективно более тяжелым соматическим состоянием больных и более сложным видом предстоящего высокотехнологичного оперативного лечения.

Способы психологического совладания с негативными эмоциональными переживаниями и стрессовыми жизненными ситуациями являются одними из важнейших составляющих адаптации личности к болезни (Петрова Н.Н., 2004). Исследование показало, что способы копинга больных ИБС по степени выраженности (частоте использования) не отличаются от нормативных данных, но в рамках нормативного диапазона существенно отличаются как по степени выраженности, так и по содержанию в сравниваемых группах больных ИБС. Все показатели копинг-стратегий в группе больных АКШ имеют более высокие значения, чем в группе больных СКА. Это свидетельствует о более интенсивном использовании способов преодоления стресса и нормализации своего психологического самочувствия больными АКШ, по сравнению с больными СКА. При этом больные АКШ чаще и интенсивнее используют самые разнообразные копинг-стратегии, как конструктивные («самоконтроль» $p < 0,05$; «принятие ответственности» $0,05 < p < 0,1$), так и неконструктивные («дистанцирование» $p < 0,05$; «избегание» $p < 0,05$).

При исследовании личностных характеристик больных ИБС, которые могут выступать в качестве внутренних (психологических) ресурсов стресс-преодолевающего поведения, с помощью методики «Большая пятерка» не было выявлено статистически значимых различий между сравниваемыми группами больных. Как в группе СКА, так и в группе АКШ показатели шкалы «самосознание» соответствуют уровню «выше среднего», а показатель шкалы «экстраверсия» – уровню «ниже среднего». Это свидетельствует о том, что в целом для изученных больных ИБС характерна хорошая самоорганизация, высоко мотивированная деятельность, целеустремленность, надежность и ответственность; они также менее общительны и менее склонны к внешнему проявлению эмоций, чем большинство здоровых людей. Показатели шкал «сотрудничество» (готовность к кооперации), «эмоциональная стабильность» и «личностные ресурсы» (креативность, стремление к самосовершенствованию) у исследованных больных соответствуют средне-нормативному уровню.

Показатели всех четырех шкал «Теста жизнестойкости» в сравниваемых группах больных ИБС не различались на статистически значимом уровне и одновременно превосходили соответствующие нормативные показатели, отражая способность личности выдерживать стрессовые ситуации, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности (Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2006).

В механизмах адаптации личности к хроническому соматическому заболеванию и предстоящему хирургическому лечению немаловажную роль играет система ценностей, жизненных приоритетов и личностных смыслов больных. Результаты исследования ценностно-мотивационной сферы показывают, что все показатели теста СЖО больных ИБС обеих групп не выходят за границы нормативного диапазона; все показатели теста СЖО в группе СКА выше соответствующих показателей в группе АКШ, что отражает в целом большее переживание насыщенности и осмысленности жизни больными первой группы. Статистически значимые различия получены по шкале «результативность жизни», отражающей удовлетворенность пройденным отрезком жизни, тем, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Показатели по этой шкале оказались выше в группе СКА по сравнению с группой АКШ ($p < 0,05$).

Развитие медицинской психологии определяет необходимость изучения субъективной удовлетворенности уровнем своего функционирования в условиях болезни, который выступает как важнейший показатель качества жизни больных. Результаты исследования качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ), у больных ИБС в дооперационном периоде показали, что у больных наиболее субъективно благополучной сферой является сфера психического функционирования, а наименее благополучной – сфера физического функционирования. Статистически значимые и близкие к ним различия получены по шкале «боль», отражающей роль субъективных болевых ощущений в ограничении жизнедеятельности ($p < 0,05$) и по шкале «физическая активность», отражающей субъективную оценку больными объема своей повседневной физической нагрузки ($0,05 < p < 0,1$). В обоих случаях более благоприятные показатели КЖЗ получены в группе СКА, что, вероятно, связано с меньшей объективной (объективируемой медицинскими методами) тяжестью картины болезни у этих больных по сравнению с больными ИБС, которым предстоит операция АКШ.

В заключение можно отметить, что выявленные в сравнительном психологическом исследовании особенности больных ИБС, готовящихся к различным видам высокотехнологичного хирургического лечения, могут способствовать более целенаправленному психологическому сопровождению лечебного и реабилитационного процессов.

Задачи психологического сопровождения больных с ВИЧ-инфекцией

Э. Ф. Ким

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

Число россиян, страдающих ВИЧ/СПИД, к концу 2008 г. достигло 436 113 человек. На 31.12.2008 г. люди, живущие с установленным диагнозом ВИЧ, составили 0,3% всего населения России. Санкт-Петербург входит в число регионов с населением с наиболее высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией (831,8 инфицированных ВИЧ на 100 тыс. населения). В России наряду с непрекращающимся ростом передачи ВИЧ при потреблении наркотиков отмечалась интенсификация передачи инфекции при половых контактах. Среди лиц, впервые выявленных в 2008 г., имели риск заразиться ВИЧ при употреблении наркотиков – 62,7% ВИЧ-позитивных (в 2007 г. – 63,0%, в 2006 г. – 64,4%), а при гетеросексуальных контактах 35,1% (в 2007 г. – 34,4%, в 2006 г. – 32,3%) (Покровский В.В., Ладная Н.Н. и соавт., 2009).

Федеральным законом РФ № 38-ФЗ от 30.03.95 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» определяется, что любой гражданин РФ может обследоваться на предмет наличия у него антител к ВИЧ:

- добровольно (п. 3 ст. 7);
- бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (п. 7 ст. 7);
- анонимно по желанию (п. 2 ст. 8);
- с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции (п. 6 ст. 7) (Фонд «Российское здравоохранение», Проведение консультирования и тестирования Лиц, находящихся в учреждениях ФСИН. Методический материал. М., 2006).

Цель до-тестового консультирования – помочь человеку принять осознанное решение о проведении обследования на ВИЧ. Больной должен знать, что означает тестирование на ВИЧ и какое значение могут иметь полученные при этом результаты. На до-тестовом консультировании психолог выясняет степень риска заражения, информирует человека об этом заболевании, о возможностях медицины в сфере поддержания здоровья, об особенностях протекания заболевания, оценивает способность человека противостоять неблагоприятному известию о наличии ВИЧ-инфекции. При адекватной информированности человеку проще идти на диагностику: он уже знает, что может быть дальше.

Содержание консультирования после тестирования зависит от его результатов. Цель этого консультирования – обсудить с больным полученные результаты. Всегда необходимо гарантировать конфиденциальность такой беседы. На после-тестовом консультировании, если результат отрицательный, психолог должен рассказать о здоровом образе жизни и возможных путях заражения для избегания получения ВИЧ-инфекции в будущем. Если же результат положительный, то первая задача психолога – оказать поддержку. В такой тяжелый момент человеку важно, чтобы рядом был кто-то, кто его поддержит, поймет, выслушает, а может быть и просто вместе помолчит. Кроме того, у человека возникает масса вопросов: что будет с ним дальше, когда он умрет, может ли он заразить окружающих и т.д. На все эти вопросы ему должен ответить психолог: еще раз рассказать о протекании заболевания, о необходимости вести здоровый образ жизни, о поддерживающей терапии. Получив такую поддержку, человек уже не чувствует себя изгоем; ему легче справиться с дальнейшими трудностями. После постановки диагноза важно, чтобы первый же человек, с которым поговорит заболевший, показал ему, что он остался тем же, кем и был, что его будут так же любить и уважать, что это просто болезнь, с которой можно полноценно жить (Харрис А., Маер Д., 1997).

Особенно возрастает потребность в психологической помощи у людей, живущих с ВИЧ, в критические моменты развития ВИЧ-инфекции. Традиционно выделяют несколько таких этапов:

- Адаптация к диагнозу
- Ухудшение здоровья
- Начало антиретровирусной терапии (АРТ)
- Беременность
- Терминальная стадия

Адаптация к диагнозу может занимать не один месяц. Длительность этого этапа зависит от многих факторов, в частности от уровня информированности о ВИЧ, от степени зрелости личности, предпочитаемых психологических защит и копинг-стратегий. В настоящее время в обществе широко распространены мифы, касающиеся не только развития ВИЧ-инфекции, путей передачи, но и самого факта существования вируса иммунодефицита человека. К сожалению, многие публикации, репортажи и программы в СМИ вносят свой вклад именно в распространение заблуждений и усиление чувства неопределенности, а следовательно, и тревожности у людей, кто особенно заинтересован в результатах

исследований, в достижениях медицины и уточняющих фактах в этой области, прежде всего у людей, живущих с ВИЧ и СПИД. В связи со сложностью переживаний в этот период людям с положительным ВИЧ-статусом важно иметь возможность получить квалифицированную психологическую помощь.

Однако по прошествии некоторого времени, если состояние здоровья человека определяется 1-3 стадией, то он может при желании «забыть» о своем ВИЧ-статусе, поскольку в этот период его не беспокоят никакие особенные, отличные от других людей проблемы со здоровьем. Именно из-за привычки, что самочувствие ничем не отличается от окружающих здоровых людей, возможен психологически сложный период, когда так или иначе уровень CD₄ клеток снижается, появляются вторичные и начинают развиваться оппортунистические заболевания. В это время часто люди заново переживают потрясение от того, что все-таки заболевание, о котором они долгие годы могли не вспоминать, начинает проявлять себя. Возникают страхи быстрой кончины, и вновь появляется неопределенность относительно того, что может помочь продлить жизнь и насколько предлагаемые лечебные мероприятия действенны. Как и в предыдущем случае, помощь психолога во многом облегчает и нивелирует степень отчаяния и депрессии, которая зачастую поглощает больного. Здесь также важно повышать уровень информированности в вопросе развития ВИЧ-инфекции и возможностях терапии, необходимости регулярного обследования, ведения здорового образа жизни для поддержания иммунной системы.

Те же сложности встречаются тех больных, кому необходимо принимать АРТ. Она назначается в случае значительного ухудшения состояния иммунной системы, а именно при снижении уровня CD₄ клеток до 350 клеток на микролитр. Поскольку прием АРТ сопряжен со многими изменениями в жизни человек (особенный режим приема лекарств, важность высокой приверженности лечению, побочные эффекты), человек должен обладать достаточной психологической готовностью к началу терапии. Именно поэтому так важно, чтобы нуждающиеся в этом лечении люди могли обратиться за психологической помощью.

Для многих ВИЧ-инфицированных женщин большой проблемой становится решение родить ребенка. Для многих из них беременность наступает неожиданно, не является запланированной. И те, кто не согласился на аборт (хотя, к сожалению, во многих учреждениях здравоохранения врачи безапелляционно настраивают женщин именно на аборт), те, кто решили рожать ребенка, испытывают широкую гамму негативных эмоций и чувств, связанных как с отношением врачей-специалистов, так и с чувством вины и стыда перед своим ребенком. Важно отметить, что об этих чувствах говорят практически все молодые мамы, как имеющие опыт употребления наркотических веществ, так и не имеющие такового. Важность психологического сопровождения ВИЧ-инфицированной женщины в период беременности и после родов трудно переоценить. В любом случае, рождение ребенка является стрессом для женщины, имеющей диагноз или не имеющей такового. Учитывая долгий период неопределенности относительно здоровья ребенка, изменившийся привычный ход жизни, часто сложные семейные отношения, этот этап жизни женщин по праву включен в ряд критических, кризисных этапов для людей, живущих с ВИЧ, когда им особенно необходима квалифицированная помощь психолога.

Важно также отметить, что ухудшению психологического состояния, срывам в ведении здорового образа жизни (поддержании трезвости у наркозависимых, находящихся в ремиссии), в приеме терапии (по схеме), а также в целом погружению в депрессивное состояние способствует смерть кого-либо из знакомых по причине развития синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИДа).

Таким образом, мы рассмотрели основные критические этапы для людей, живущих с ВИЧ, во время которых больные особенно нуждаются в помощи психолога.

Апробация методики фиксированной установки в гаптической сфере для исследования межполушарного взаимодействия

М. С. Ковязина, А. Е. Бабенко

(Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,
Москва, Россия)

На данный момент в нейропсихологии существует довольно мало методических средств для исследования межполушарного взаимодействия. К ним относятся такие, ставшие классическими, методики, как дихотическое прослушивание, доска Сегена, проба на реципрокную координацию. Целью данной работы является апробация методики гаптической установки для анализа процессов межполушарного взаимодействия.

Метод фиксированной установки в гаптической сфере был разработан Д.Н. Узнадзе (1966) для иллюстрации феномена влияния установки на восприятие. В нейропсихологии его применение началось с исследования непосредственного запоминания (Лурия А.Р., 1969). Наиболее подробный анализ феномена фиксированной установки с точки зрения нейропсихологии и деятельностного подхода был дан Д.Д. Бекоевой (1984), которой удалось показать, что в формирование установки и динамику ее угасания вносят свой вклад различные *факторы*: мнестический, пространственный и фактор экстраполяции.

На основании сравнения данных по больным с локализацией поражения в правом и левом полушарии автором были сделаны предположения о зависимости фиксированной установки от *функциональной асимметрии* головного мозга при решении различных задач: стадия фиксации установки в

большей степени связана с системами правого полушария, стадия стабилизации установки – с левополушарными механизмами.

В дальнейшем Э.Г. Симерницкой (1978) было предложено использовать метод установки для изучения особенностей *межполушарного взаимодействия*. В соответствии с процедурой формирования гаптической фиксированной установки, условием возникновения контрастных иллюзий является изменение объема одного из шаров, приводящее к появлению импульса рассогласования, причем естественно, что этот импульс возникает в той руке, в которую при фиксационных и критических опытах предъявлялись разные шары. Автор делает предположение о различном протекании процессов суммации сенсорных воздействий в правом и левом полушарии, для проверки которого было проведено экспериментальное исследование. Испытуемые участвовали в трех опытных сериях, отличающихся по темпу предъявления установочных шаров. Каждая серия проводилась дважды: один раз в условиях предъявления большого шара в правую руку, а маленького – в левую; другой раз – при предъявлении большого шара в левую, а маленького – в правую руку (Симерницкая Э.Г., 1978). По итогам эксперимента был сделан вывод о наличии «*эффекта правой руки*», сходного с «*эффектом правого уха*» в дихотическом прослушивании и заключающегося в преобладании числа иллюзий на правой руке по сравнению с левой. Данный эффект объясняется автором через доминирование левого полушария в восприятии гаптических стимулов.

В ходе анализа описанных работ возникает ряд вопросов, требующих уточнения. Во-первых, в описанных работах недостаточно подробно дана конкретная *схема* предъявления шаров. Отмечено лишь то, что сначала идет серия фиксирующих установок с большим шаром в одной руке и, соответственно, критических серий, где измеряется число иллюзий по данной руке (той, в которую предъявлялся больший шар), после чего процедура повторяется, но большой шар предъявляется теперь в другую руку. Возникает вопрос – каков порядок предъявления шаров: с какой руки начинать эксперимент и будет ли это вносить изменения в полученные результаты. Мы попробовали начать с левой руки и получили зеркальные результаты: испытуемые демонстрировали множество иллюзий в левой руке и отсутствие иллюзий в правой.

Второе уточнение: будет ли сохраняться замеченный нами эффект при введении паузы между руками? Из описанных работ остается неясным, вводилась ли подобная пауза, но можно предположить, что в экспериментах Э.Г. Симерницкой подобной паузы не было, учитывая, что в исследовании сравнивается процедура проведения этого опыта с процедурой дихотического прослушивания, когда наушники меняются местами без паузы.

Как уже отмечалось выше, в работах Э.Г. Симерницкой (1978) описывается и интерпретируется «*эффект правой руки*» (число иллюзий при предъявлении большого шара в правую руку значимо больше такового при предъявлении большого шара в левую руку). Проведенный нами анализ методической стороны данного экспериментального исследования позволяет поставить вопрос о том, не является ли полученная разница между руками следствием инициированных *процедурой* эксперимента (количество серий и порядок чередования руки, в которую подается больший шар) процессов научения, проявляющихся в уменьшении числа иллюзий при сравнении равных объектов при втором предъявлении. Если данная гипотеза верна, то эффект правой руки является артефактом *порядка* предъявления и, возможно, не имеет прямого отношения к процессам межполушарного взаимодействия в гаптической сфере.

Для того чтобы найти адекватный способ получения не связанных с процессами экспериментального научения результатов по второй руке, необходимо также проверить, будет ли исчезать сформированный навык через некоторый *промежуток* времени (к примеру, в нашем случае был взят интервал в 1 час). Для этого в эксперименте необходимо провести установочные и критические серии сначала на одной руке (у половины выборки с предъявлением большого шара на правую руку, у половины – на левую) и затем спустя 1 час – вторую серию с предъявлением большого шара в противоположную руку. Из полученных результатов будет видно, *исчезает* ли эффект научения в течение часа и одинакова ли *динамика* этого научения в зависимости от порядка смены рук (фактически, речь идет о сопоставлении динамики процессов научения в гаптической сфере отдельно для левого и правого полушарий мозга).

Гипотеза исследования: при последовательном предъявлении двух серий без паузы между ними результаты во второй по порядку руке отражают в первую очередь процессы научения в конкретной экспериментальной ситуации, а не процессы межполушарного взаимодействия в гаптической сфере в целом.

Данные описанного исследования позволяют предложить оптимальную схему для получения объективных данных по каждой руке. (порядок и временной интервал между сериями для правой и левой рук). Кроме того, в ходе исследования могут быть выявлены средние значения числа иллюзий на каждой руке, которые можно будет в дальнейшем использовать как *нормативные*.

Исследование проводилось на здоровых испытуемых в возрасте от 18 до 40 лет.

В *первой* серии большой шар сначала предъявляется в правую руку, затем идет серия критических опытов, после чего без паузы процедура повторяется, но большой шар предъявляется в левую руку (50 испытуемых). *Вторая* серия аналогична первой, но начинается с левой руки (31 испытуемый). В *третьей* серии, как и в первой, большой шар предъявляется сначала в правую руку, но между критическими опытами и предъявлением большого шара на левую руку вводится пауза в 1 час (12 испытуемых). *Четвертая* серия аналогична третьей, но начинается с левой руки. (13 испытуемых).

Результаты исследования

В *первой* серии среднее число иллюзий на правой руке составило $8,7 \pm 3,7$, на левой – $3,4 \pm 2,7$. Различия между руками статистически значимы ($U=334$, $p \leq 0.01$).

Во *второй* серии среднее число иллюзий на правой руке составило $1,8 \pm 3,5$, на левой – $9,5 \pm 6$. Различия между руками статистически значимы ($U=106$, $p \leq 0.01$).

Различия между правой рукой в первой серии и левой во второй (теми руками, с которых начинали предъявление большого шара) статистически не значимы ($U=836$, $p \leq 0.01$).

Различия между левой рукой в первой серии и правой во второй – статистически значимы ($U=465$, $p \leq 0.01$).

В *третьей* серии среднее число иллюзий на правой руке составило $11,2 \pm 6,7$, на левой – 11 ± 9 . Различия между руками статистически не значимы ($U=47$, $p \leq 0.01$).

В *четвертой* серии среднее число иллюзий на правой руке составило $7,3 \pm 6$, на левой – $11,3 \pm 6,9$. Различия между руками статистически не значимы ($U=39$, $p \leq 0.01$).

Различия между правой рукой в третьей серии и левой в четвертой (теми руками, с которых начинали предъявление большого шара) статистически не значимы ($U=34$, $p \leq 0.01$).

Различия между левой рукой в третьей серии и правой в четвертой статистически не значимы ($U=55$, $p \leq 0.01$).

Различия в числе иллюзий по «первой» руке во всех четырех сериях статистически не значимы.

Обсуждение результатов

1. Наша первая гипотеза об отсутствии «эффекта правой руки» подтвердилась - разница между руками отсутствует, если сравнивать число иллюзий на правой руке в первой серии и на левой во второй. По всей видимости, различия в числе иллюзий на правой и левой руках объясняются, как мы и предположили, особенностями процедуры эксперимента: порядком предъявления большого шара (большее число иллюзий будет на той руке, с которой начнется предъявление). Причиной уменьшения числа иллюзий на второй по порядку руке является, на наш взгляд, тот факт, что помимо «операционального стереотипа неравенства», который формируется в установочных опытах и оказывает влияние на оценку равных объектов, у испытуемого также формируется «*операциональный стереотип равенства*» в ходе критических опытов. Вследствие этого на контрольные опыты во второй серии эксперимента действует не только сформированная установка на неравенство, но и следы непроизвольной памяти о возможном равенстве двух шаров.

2. Следует отметить, что число иллюзий на второй по порядку предъявления руке (в 1 и 2 сериях эксперимента) статистически значимо различается между группами, что может говорить о качественном своеобразии процессов научения в полушариях. Полученные данные позволяют предположить, что «операциональный стереотип равенства», сформированный в *правом* полушарии, оказывает более значимое влияние на результаты вторых критических опытов. Подобный результат можно объяснить тем, что правое полушарие прочнее фиксирует следы памяти, вследствие чего данные следы оказывают более длительное воздействие на процессы восприятия в гаптической сфере. Это может быть обусловлено такими особенностями работы систем правого полушария, как их тесные функциональные связи с диэнцефальными отделами мозга.

3. Введение паузы длиной в час приводит к *уменьшению* эффекта «первой руки»: следы непроизвольной памяти о первом этапе эксперимента уже не актуализируются, что, вероятно, связано с их угасанием. Вследствие этого разница между числом иллюзий на правой и левой руках отсутствует, и это число значимо не отличается от числа иллюзий на «первой» руке в первой и второй сериях. Следовательно, можно говорить о том, что в норме разница в числе иллюзий между руками отсутствует и с помощью предложенной нами схемы можно оценить число иллюзий на обеих руках.

На основании проведенных экспериментальных серий можно предположить оптимальную, на наш взгляд, схему проведения методики. Испытуемому завязываются глаза и одновременно в обе ладони предъявляются шары для ощупывания. Предварительно испытуемому дается инструкция оценить шары по размеру, сообщая экспериментатору, в какой руке находится больший шар либо констатируя их равенство. Проба начинается с серии опытов, *формирующих* гаптическую установку, в которых большой шар предъявляется на правую (ведущую) руку, а малый – на левую; эта процедура повторяется 15 раз. Каждое предъявление шаров испытуемому длится 2 секунды, между двумя предъявлениями также проходит 2 секунды. Затем следуют *критические* опыты – 20 раз предъявляются равные по размеру малые шары. Между установочными и критическими опытами нет паузы. Спустя 1 час процедура повторяется по описанной схеме, но теперь большой шар предъявляется на левую руку. Если пауза будет меньше, то мы получим, что иллюзии на левой руке практически отсутствуют.

Построение и применение нейропсихологических диагностических методик базируется на нескольких основных принципах. Прежде всего, это принцип преимущественной направленности конкретной методики на исследование определенного психического процесса (или его звена). Каждая методика как бы «опробует» определенный аспект деятельности человека и провоцирует возникновение затруднений или ошибок в данном процессе или его звене по определенному типу, являясь своеобразной «*функциональной пробой*». Мы полагаем, что методика фиксированной установки в нашей модификации отвечает принципу «функциональной пробы».

Как и другие методы оценки межполушарного взаимодействия, она построена по принципу двойной стимуляции (одновременном предъявлении различных стимулов в обе руки), что позволяет обеспечить одновременное поступление сенсорной информации к обоим полушариям мозга. При этом, поскольку каждая рука контролируется преимущественно контралатеральным полушарием, данный метод позволяет направлять стимул в каждое из полушарий, а следовательно, и более дифференцированно оценить его работу.

Таким образом, посредством данной методики можно оценить как качественные особенности функционирования каждого полушария в сравнении с другим (особенности межполушарной асимметрии), так и состояние межполушарного взаимодействия. Помимо этого, качественный анализ результатов выполнения испытуемым данной методики позволяет оценить состояние и вторичных факторов, а именно мнестического, пространственного и фактора экстраполяции (Бекоева Д.Д., 1978).

Особенности функционирования системы перцептивного прайминга при поражениях мозолистого тела

М. С. Ковязина, Д. А. Кузнецова

(Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Москва, Россия)

Вклад мозолистого тела (МТ) в работу мозга начал осознаваться учеными после того, как стали проводиться операции по рассечению комиссур мозга. Симптомы, демонстрируемые такими пациентами, были очень нестойкими и быстро исчезали, поэтому долгое время их игнорировали. Однако уже после проведения первых исследований каллозотомированных пациентов (Sperry, 1966; Gazzaniga, 1970) стало понятно, что мозолистое тело играет не последнюю роль в межполушарном взаимодействии.

Дальнейшие исследования проводились и проводятся на пациентах с полной или частичной перерезкой мозолистого тела и других комиссур мозга или на больных с патологией МТ. Такие больные представляют собой уникальную возможность по изучению межполушарного взаимодействия. Большинство исследований поражений МТ посвящено нарушениям в перцептивной и моторной деятельности (Хомская, 2007).

Одним из методов исследования межполушарного взаимодействия является оценка межполушарного переноса перцептивного прайминга. Она дает возможность сопоставлять особенности протекания следовых процессов в каждом полушарии и отражает особенности межполушарного взаимодействия.

Прайминг-эффект состоит в изменении скорости или точности решения задачи («стимул-мишень») после предъявления информации, связанной с содержанием или с контекстом этой задачи, но не соотносящейся прямо с ее целью и требованиями (Фаликман, Койфман, 2005). Исследования прайминг-эффекта проводились и на испытуемых с агенезией мозолистого тела или с проведенной в детском возрасте каллозотомией (Brysbauer, 1994; Jhangiani, 2004; Forget, Lippe, Lassonde, 2009; и др.), в котором было показано, что межполушарного переноса информации, воспринимаемой неосознаваемо, у таких испытуемых не происходит. При этом внутриволушарные прайминг-эффекты у них не отличаются от контрольной группы. Кроме того, прайминг-эффект базируется на процессах произвольного и неосознаваемого запечатления следов.

Большинство исследований межполушарного взаимодействия при патологии МТ касаются анализа произвольного уровня протекания психической деятельности. Может быть, именно этим объясняется нестойкость описываемой симптоматики при каллозотомии. Нейропсихологических исследований нарушения произвольного уровня психической деятельности при патологии комиссур мозга практически нет. Однако многие авторы отмечают сходство симптомов поражения правого полушария и симптомов поражения МТ (Буклина, 2004; Ковязина, Балашова, 2009; и др.). Можно предположить, что именно произвольные процессы будут больше страдать при нарушении межполушарного взаимодействия, вызванных патологией МТ. Симптомы в этом случае окажутся более стойкими, так как они менее подвержены компенсации.

Нами был проведен эксперимент, целью которого является сравнение процессов возникновения и протекания прайминг-эффекта у здоровых испытуемых и у больных с патологией МТ.

Эксперимент проводился в ходе стандартного клинико-нейропсихологического обследования. В зрительно-пространственной сфере у больных отмечалась тенденция к левостороннему игнорированию, структурно-топологические и метрические ошибки. В тактильной сфере такие больные демонстрировали тенденцию к аномии. В практике наблюдались негрубые сбои при реципрокной координации (преимущественно в левой руке) и трудности переноса позы пальцев без зрительного контроля. Также отмечались негрубые нарушения произвольной памяти по модально-неспецифическому типу, выявляемые в условиях интерференции.

Экспериментальную группу составили 11 больных с патологией мозолистого тела различного генеза (полная или частичная агенезия мозолистого тела (МТ), гипоплазия МТ, дисгенезия МТ, атрофические процессы в МТ, опухолевые и сосудистые поражения МТ). Старшему из участников выборки

– 73 года, а младшему – 9 лет. Контрольную группу составили 43 испытуемых-правшей. Старшему из участников выборки – 53 года, младшему – 17 лет.

Оценивалось время реакции испытуемого на стимул-мишень, и проводился анализ времени реакции в зависимости от того, предшествовал ли стимулу-мишени прайминг. Если предшествовал, то верный он был или ошибочный, а также изменялось ли время реакции в зависимости от того, подавались ли прайминг и стимул-мишень в одно полушарие или нет.

В эксперименте испытуемым предъявлялись фотографии двух девушек довольно похожей внешности в левое или правое полуполе зрения. Назовем фотографию одной девушки – стимул А, а другой – стимул Б. Перед испытуемым стояла задача бинарной классификации, т.е. нужно было в зависимости от того, какую девушку он видит, нажать на правую или левую кнопку на клавиатуре. Перед этим на короткое невозможное для осознания время (10 мс) предъявлялась фотография этой же (верный прайминг) или другой (неверный прайминг) девушки. Также была серия контрольных предъявлений, в которой прайминг не предъявлялся. В центре экрана находилась точка фиксации, на которую испытуемых просили смотреть на протяжении эксперимента.

Каждая отдельная проба происходила следующим образом. На 10 мс предъявлялся прайминг (или темный экран – для варианта с отсутствием прайминга). Затем после паузы в 500 мс (темный экран) на 1500 мс предъявлялся стимул-мишень, на который испытуемому нужно было реагировать. После чего проба заканчивалась паузой в 1000 мс.

Предъявляемых пар стимулов получилось 20. Каждая из пар стимулов предъявлялась испытуемому 20 раз. Пары стимулов предъявлялись в случайном порядке.

Анализировались только верные ответы испытуемых. Для каждого испытуемого было получено 400 показателей времени реакции, которые были разделены на 10 групп ответов, для каждой из которых было подсчитано среднее значение:

- 1) прайм отсутствует, стимул-мишень слева;
- 2) прайм отсутствует, стимул-мишень справа;
- 3) релевантный прайм слева, стимул-мишень слева;
- 4) релевантный прайм слева, стимул-мишень справа;
- 5) релевантный прайм справа, стимул-мишень справа;
- 6) релевантный прайм справа, стимул-мишень слева;
- 7) нерелевантный прайм слева, стимул-мишень слева;
- 8) нерелевантный прайм слева, стимул-мишень справа;
- 9) нерелевантный прайм справа, стимул-мишень справа;
- 10) нерелевантный прайм справа, стимул-мишень слева.

Результаты и их обсуждение.

Контрольная группа продемонстрировала следующие результаты. В ситуации отсутствия (условия 1-2) прайминга время реакции было значительно быстрее при предъявлении стимула-мишени в левое полуполе зрения. Во всех сочетаниях релевантных прайма и стимула-мишени отмечалось значительное ускорение времени реакции по сравнению со временем реакции при предъявлении стимула-мишени в отсутствие прайма в аналогичное полуполе зрения. Во всех сочетаниях нерелевантных прайма и стимула-мишени отмечалось значительное замедление времени реакции по сравнению с временем реакции при предъявлении стимула-мишени в отсутствие прайма в аналогичное полуполе зрения.

Таким образом, на здоровой выборке была выявлена статистически значимая зависимость времени реакции на стимул-мишень от прайминга. При верном прайминге время реакции значительно увеличивалось по сравнению с отсутствием прайминга. При неверном время реакции увеличивалось по сравнению с пробами, в которых прайминг отсутствовал, однако статистически незначимо.

Экспериментальная группа продемонстрировала следующие особенности выполнения задания на прайминг. В ситуации отсутствия прайминга у больных с поражениями мозолистого тела отсутствовали значимые различия между временем реакции при предъявлении стимула-мишени в левое и правое полуполя зрения. В ситуации предъявления прайма и стимула-мишени, вне зависимости от того, конгруэнтные они или нет, в правое полуполе зрения, наблюдалось значимое ускорение времени реакции по сравнению с условием 2 (предъявлением стимула-мишени в правое полуполе зрения без прайма). В ситуации предъявления прайма и стимула-мишени, вне зависимости от того, конгруэнтные они или нет, в левое полуполе зрения, отличия от условия 1 (предъявлением стимула-мишени в левое полуполе зрения без прайма) не наблюдалось. Во всех ситуациях, когда прайм и стимул-мишень, вне зависимости от того, конгруэнтные они или нет, предъявлялись в разные полуполя зрения, наблюдалось замедление времени реакции по сравнению с условиями 1 и 2, в которых прайминг отсутствовал.

Результаты группы нормы хорошо согласуются с литературными данными и демонстрируют тот факт, что релевантный прайминг ускоряет время реакции, а нерелевантный замедляет, причем вне зависимости от того, необходим ли межполушарный перенос следов памяти или нет. Также в группе нормы отмечается значительное ускорение времени реакции на стимулы, предъявляемые в левое полуполе зрения, по сравнению с правым полуполем зрения. Это может свидетельствовать в пользу гипотезы материальной специфичности полушарий мозга. То есть невербальные зрительные стимулы быстрее воспринимаются и лучше обрабатываются правым полушарием мозга.

У группы больных с патологией МТ наблюдаются значимые отличия от группы здоровых испытуемых. И правое и левое полушария мозга одинаково реагируют на невербальные зрительные стимулы. То есть можно говорить о нивелировании различий между полушариями, за счет повышения времени реакции левой гемисферы мозга (на уровне критической значимости). Это может свидетельствовать о том, что левое полушарие перестает испытывать на себе тормозное влияние правого, и даже нижележащие комиссуры мозга не компенсируют этот дефицит. При этом, когда прайм и стимул-мишень предъявлялись в правое полушарие зрения, время реакции значительно ускорялось, вне зависимости от того, одинаковые ли были прайм и стимул-мишень или разные. Происходило сличение прайма и стимула-мишени, и если они были не одинаковыми, то требовалось время для отторгивания неверных импульсов. Левое полушарие, действуя изолированно от правого, таким образом, не осуществляет содержательную переработку информации, а реагирует исключительно формально – по наличию двух стимулов в одном полушарии зрения, вне зависимости от того, совпадают они или нет. Во всех случаях, требующих переноса информации между полушариями мозга, наблюдается значительное увеличение времени реакции у экспериментальной группы, вне зависимости от того, конгруэнтные стимулы или нет, что указывает на снижение эффективности межполушарного взаимодействия.

Итак, МТ в норме выполняет функцию перераспределения активности между полушариями мозга и оказывает тормозное влияние на субдоминантное в данной деятельности полушарие мозга, усиливая межполушарные различия и подавляя идентичный процесс в соседнем полушарии. Эксперимент показал нарушение работы системы прайминг-эффекта у больных с нарушением межполушарного взаимодействия. Время реакции значительно возрастало при необходимости переноса прайминга из одного полушария в другое, причем вне зависимости от того, из правого в левое или из левого в правое. Также время реакции не зависело от правильности или неправильности прайминга, тогда как у здоровых испытуемых эта зависимость четко прослеживается.

Психологическая модель индивидуальности как основа психотерапии шизофрении

А. Д. Корчинов

(ГУЗ «Психиатрическая больница святого Николая Чудотворца»,
Санкт-Петербург, Россия)

Идея о качественно иной, чем личность, структуре зрела давно. Б.Г. Ананьев (1980) определенно допускал существование особой результирующей биологического, психологического и социального аспектов. Он в частности отмечает, что «личность... общественный индивид, объект и субъект исторического процесса» – это «открытая система». Для того же «чтобы подойти к проблеме индивидуальности..., нужно представить человека не только как открытую систему, но и как систему закрытую, замкнутую, вследствие внутреннего взаимодействия ее свойств (личности, индивида, субъекта)». Близкой точки зрения придерживался С.Л. Рубинштейн: «свойства личности никак не сводятся к ее индивидуальным особенностям» (1957). А.В. Петровский (1964) пишет: «индивидуальное идентично неповторимости», оно «образует устойчивое единство, которое можно рассматривать как относительное постоянство». В.А. Ядов разделял индивидуальное и социально-типическое в человеке: «лишь социально-типическое можно рассматривать в качестве предмета социологического исследования» (Ананьев Б.Г., 1980).

Б.Г. Ананьев (1980) при этом отмечает, что «как психологии, так и социологии не удастся определить индивидуальное лишь как неповторимое. Единичный человек как индивидуальность может быть понят лишь как единство и взаимосвязь его свойств». Эту же идею еще раньше (в 1926 году) утверждал В.М. Бехтерев: «Мир строится в форме замкнутых систем, представляющих собой особые индивидуальности. Каждая индивидуальность может быть различной сложности, но она представляет собой всегда определенную гармонию частей, обладает формой и своей относительной устойчивостью системы... Гармония частей есть основа индивидуальности».

Таким образом, личность и индивидуальность разделяются, индивидуальное определяется как нечто результирующее «биологического», «социального» и «психологического» и при этом все же напрямую не выводится из механического суммирования этих составляющих. Суммы мало даже качественной, и даже особой и неповторимой. Об этом прямо и определенно говорит В.М. Бехтерев. Он уходит от содержательного понимания и определения индивидуальности к формальному ее определению, ставя почти знак равенства между индивидуальностью и целостностью.

Б.Г. Ананьев (1980), объединяя различные точки зрения, считал, что есть основания ставить вопрос о качественно иной, чем личность, структуре и рассматривать ее как основную в деле формирования и расстройств «человеческой души». Он пишет: «Подход с этой стороны (со стороны целостности – автор) к явлениям человеческой индивидуальности нам представляется очень перспективным. Именно в этих явлениях как бы замыкается внутренний контур регулирования всех свойств человека как индивида, личности с ее множеством противоречивых ролей и субъекта различных деятельностей. В такой относительно замкнутой системе, «встроенной» в открытую систему взаимодействия с миром, образуется определенное взаимодействие тенденций и потенций человека...».

Л.Н. Собчик (2000, 2003), конкретизируя эту мысль, формулирует в своей теории личности идею о наличии качественно иной системообразующей величины, принципиально отличающейся от образующих ее частей. Она сильнее, важнее, она причина, ее имя «ведущая индивидуально-личностная тенденция». Она стержень, базис и условие. «Ведущая тенденция... пронизывает все уровни и этапы формирования личности... она определяет и тесно связанный с конституцией человека темперамент, и индивидуальный стиль мотивационной, познавательной, эмоциональной и коммуникативной сферы, и основные аспекты социальной направленности». А их «диссоциация является признаком дезинтеграции личности». И не просто на уровне легких психических расстройств: «Проведенные клинико-психологические исследования выявили патопластическую роль ведущих индивидуально-личностных тенденций при формировании структуры ведущего синдрома, не только в рамках невротических расстройств и психопатий, но и при многих других психологических расстройствах» (Собчик Л.Н., 2000).

При этом, однако, придавая столь высокую значимость «индивидуально-личностным тенденциям», рассматривая слабость их в качестве одной из причин психических расстройств, Л.Н. Собчик не решается признать за ними самостоятельную роль. Она останавливается на подступах к индивидуальности как отдельной дефиниции, не решаясь отойти от понятия личности. Этот шаг делает Н.В. Беломестнова (2003). Она отмечает, что вопрос соотношения таких понятий как «индивид», «субъект деятельности», «личность» и «индивидуальность» является важным не только в психологии личности, дифференциальной и общей психологии, но и в практике, в том числе клинической психологии, в диагностике и психотерапии. При этом пересечение семантических полей этих подсистем в системе «человек», их смысловая и феноменологическая неопределенность, незаданность границ применения существенно затрудняют научные исследования и прикладные работы. Проблема решается, если мы выделим концепт индивидуальность как основной, «вбирающий в себя остальные понятия в качестве своих компонент».

И, кажется, можно приступать к системно-ориентированной психотерапии – «основной концепт» определен. Однако! Все еще остается и мешает это делать ощущение легкой недосказанности. Мы все еще остаемся в прежних концептуальных рамках, воспринимая «индивидуальное» больше как неповторимое: «Индивидуальность – уникальное сочетание индивидных свойств, темперамента, характера, общих и специальных когнитивных и креативных способностей, личностных свойств, целокупно представляющее данного индивидуума». Практика же требует ставить акценты строже. И мы можем попытаться эти акценты расставить. А можем и не делать этого, потому что эти акценты расставлены уже давно. В.М. Бехтерев расставил эти акценты в 1926 году: «Мир строится в форме замкнутых систем, представляющих собой особые индивидуальности. Каждая индивидуальность может быть различной сложности, но она представляет собой всегда определенную гармонию частей, обладает формой и своей относительной устойчивостью системы... Гармония частей есть основа индивидуальности».

И нам остается этот подход реализовать. Человек – система, и прежде всего система, и в конечном счете – система. Не надо ограничиваться анализом феноменологии расстройств биологической сферы, психологической или социальной и только там работу проводить. Можно и нужно работать на уровне системы и с системой. Человек (пациент) – это качественно другое образование, чем биологический, психологический и социальный аспект отдельно или вместе. Это другое образование, чем когнитивный, эмоциональный и мотивационный аспект в отдельности или вместе. И мы можем не говорить об их нарушении, потому что это нас будет только отвлекать. Нам лучше говорить о системе, о целостности, об индивидуальности – о качественно ином, чем личность, образовании.

Индивидуальность есть система. Она отвечает признакам системы: взаимодействие со средой; иерархия подсистем; включенность в систему более высокого порядка. Она анализируется в терминах элементов и структуры, части и целого, организации и координации, развития и иерархии, изменений и уровней.

И мы можем не только говорить об этом, но и работать в контексте психологической модели психотерапии с конкретными пациентами с шизофреническими расстройствами, которые в этом нуждаются.

Т.М. Васильева (2004) в своей диссертации пишет, что в зарубежной литературе одним из основных нарушений у больных шизофренией рассматривается нарушение информационного обмена между больным и средой. Больные обычно ощущают непреодолимый поток информации, внутреннюю спутанность, размытость границ своего «Я». Они становятся неспособными отличить свой внутренний мир от внешнего, неспособными осознавать хаос, спутанность, появившийся страх, агрессию, нарастающую и нереализуемую в сложившихся условиях сексуальность как свои собственные. Для уменьшения появившихся в результате мощных аффектов больные формируют психологические защитные механизмы. Из них основные следующие три: 1) психотическая проекция – приписывание своих внутренних переживаний (хаоса, агрессии, сексуальности) внешнему миру; 2) реактивная формация – изменение вызывающих беспокойство мыслей или побуждений на прямо противоположные; 3) психотическое отрицание – трансформация стимулов, вызывающих психологические проблемы, в бред и галлюцинации.

И.С. Кон (1984) также рассматривает характерные для шизофрении синдромы дереализации, деперсонализации, синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо, синдром раздвоения личности как нарушение внутренней и внешней коммуникации личности. По его мнению, отчуждение – это средство сделать эмоционально незначимым травмирующее событие, и оно может быть направлено как на среду, так и на «Я». В случае дереализации происходит отчуждение внешнего мира. При деперсонализации

имеет место самоотчуждение: собственное «Я» выглядит странным и чуждым, утрачивается ощущение реальности собственного тела, теряет смысл любая деятельность, появляется апатия, притупляются эмоции. Синдром психического автоматизма приводит к тому, что собственные ощущения, восприятия, движение, потребности, влечения начинают восприниматься как чуждые, исходящие от посторонней силы. Больные утрачивают чувство «Я», а их внутренний мир становится словно бы всем известным, «открытым». Разрыв внутренней и внешней коммуникации означает раздвоение личности и множественность (фрагментарность) «Я».

В.Д. Вид (2001) выявил у больных шизофренией искажение восприятия себя (искаженное реальное «Я»), искажение идеальных представлений (искаженное идеальное «Я»), что неизбежно приводит к нереалистическому восприятию себя и окружающих, неадекватной оценке собственной продуктивности и личностных качеств. С целью повышения принятия их окружающими больные принимают чуждые им социальные роли, подменяют свои личностные качества атрибутами социального престижа, заимствованными извне.

Р.Б. Хайкин (1992) указывал на нечеткость, размытость границ «Я» у психически больных, подчеркивая склонность этих больных включать в образ «Я» окружающие предметы, а действия других людей с этими предметами расценивать как посягательство на собственную личность.

М.С. Бурно (1998) выделяет два патологических типа самооценки у больных шизофренией: 1) размытая самооценка, переживание потери себя, своих границ; 2) полярная самооценка – идеализация-обесценивание, «неустойчивость, амбивалентность, несводимость одного к другому. Больные ощущают при этом двойственность и не могут чувствовать себя самими собою».

Большое внимание нарушению границ «Я» уделяется в психоаналитических подходах при исследовании генезиса шизофрении: при этом заболевании ослабление границ «Я» влечет за собой ощущение искажения и исчезновения «Я» и приводит к деперсонализации. П. Шидлер формулирует понятие «образ тела», дающий опору для «Я», в повышении сознания индивидуума. Этот образ серьезно искажается при шизофрении, а искажение способствует распаду «Я» путем стирания границ между «Я» и окружающим миром. Г. Бейтсон связывает шизофрению со слабостью «Я». По его мнению, у больных нарушена способность к определению и различению способов взаимосвязей как внутри «Я», так и между «Я» и окружающим миром. К. Роджерс (1997) полагал, что личностные расстройства и психозы появляются, когда «Я» не может защитить себя от натиска угрожающих переживаний, а психотическое поведение соответствует отрицательным аспектам этих переживаний. Как только возникает серьезное несоответствие между «Я» и переживанием, по мнению автора, защита человека перестает работать адекватно, и ранее целостная «Я-структура» разрушается. Р. Лэнг (1995), представитель экзистенциального направления, предполагает, что в хронических шизофренических состояниях «Я» кажется расчлененным на части, каждая из которых имеет определенное осознание «Я» и рассматривает другие части как разновидности «не-Я». Мысль, принадлежащая «другому Я», обычно представляется как внешнее восприятие, потому что «Я» не рассматривает ее ни как продукт своего воображения, ни как ему принадлежащую.

Таким образом, как отечественными, так и зарубежными авторами были проведены многочисленные исследования особенностей «Я» у больных шизофренией. Все отмечают, что болезнь проявляется в нарушении границ «Я», искажении или уничтожении их (и тем самым разрушении самого «Я»), в формировании психотических синдромов и социальной дезадаптации.

И это подвигает нас к системной психотерапии с больными шизофренией. На необходимость системного подхода в исследовании и терапии психически больных, в частности больных шизофренией, указывают М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский (1995), В.Д. Вид (2001), Р.Б. Хайкин (1992), А.П. Коцюбинский, В.М. Воловик и другие. Например, М.М. Кабанов полагает, что «проблема шизофрении как особого заболевания человека может быть решена только с помощью системного подхода в понимании L. von Bertalanffy» (предисловие к книге Гаррабе Ж.). «Шизофрения, как особое душевное заболевание, есть расстройство целостной системной организации, при котором происходит процесс дезинтеграции, расщепления личности, нарушение ее централизующих функций» (Л. фон Бергаланфи).

Возникает естественный вопрос, что системы, с которыми нам надо работать, могут быть разного уровня и разного феноменологического содержания. Бергаланфи говорит, например, что хотя «во всех случаях болезнь есть расстройство целостной системной организации», все же «душевная болезнь может возникать и развиваться на разных уровнях – психосоматическом, расстройств врожденных генетических структур или высших психологических функций». Речь идет фактически о том, что не все системы могут оказаться нам по силам, по причине разного профессионального статуса и опыта. Автор данной статьи в силу своей профессиональной ориентации, опыта и интересов «систематизируется» на уровне индивидуальности и получает определенный результат.

Теоретические основы и возможности клинического применения трансгенерационного анализа

И. Ю. Макарова, Е. В. Семакова

(Смоленский государственный университет, Смоленск, Россия)

Процесс активных динамических изменений, вызванных стремительным умножением информационно-ресурсных, сменой культурных установок, изменением жизненных стандартов и приоритетов в целом, затрагивает сегодня ведущие социальные институты, включая семью. Демографическая ситуация в современной России вывела задачу сохранения и укрепления института семьи на государственный уровень. Семья – одна из фундаментальных составляющих общества – в современных условиях оказалась подвержена активным преобразованиям. Меняются представления о семейных ценностях и нормах семейной жизни, ослабевают связи между поколениями, изменяются взгляды на рождение и воспитание детей. Существует целое направление в современной психологии семьи – трансгенерационный анализ – исследующее взаимодействие в семейной системе через поколение. Генетика давно раскрыла механизмы, которые объясняют внешнее или психологическое сходство родителей и детей, дедов и внуков. Трансгенерационный анализ (лат. trans – через; generatio – поколение) показывает сходство судеб, совпадение имен, дат, жизненных событий.

Становление теории трансгенерационных исследований отражает процесс вычленения нуклеарной семьи как основной единицы в ходе индивидуализации из недифференцированной родовой массы.

Якоб Морено в двадцатые годы ввел для обозначения «духа семьи» два термина: семейное сознательное и семейное со-бессознательное. Эти понятия и легли в основу трансгенерационного направления. В настоящее время трансгенерационные исследования оперируют лишь отдельными феноменами и тенденциями межпоколенческих связей, которые наиболее полно обобщены в монографии А. Шутценбергер «Синдром предков» (2001). Жозефина Хилгард (врач и психолог) на основании многочисленных наблюдений предложила к использованию термин «синдром годовщины» – повторения несчастных случаев, браков, выкидышей, смертей, болезней, беременности и т.п. в одном возрасте в двух или нескольких поколениях.

В работах И. Бузормени-Надема (цит. по Шутценбергер А.А., 2001) исследуется понятие семейной справедливости. Когда справедливость соблюдается, существуют привязанность, взаимное уважение членов семьи, «семейные счета» ведутся аккуратно. И наоборот, если справедливость не соблюдается, это проявляется в неверии, эксплуатации одних членов семьи другими, бегстве, мести, болезни, несчастных случаях, повторяющихся из поколения в поколение.

Сходные представления мы находим в теоретических предпосылках семейных расстановок Б. Хеллингера, который использует «порядки любви», «право первенства», восстановление баланса «брать-давать» как механизмы реконструкции межпоколенческих связей в вертикальной семейной системе.

Значительным основанием трансгенерационных исследований послужил системный семейный подход (М. Боуэн, С. Минухин, А.Я. Варга, Э.Г. Эйдемиллер, А.В. Черников). Многоуровневое понимание семейной системы заложено в теории одного из основателей семейной психотерапии М. Боуэна: «Эмоциональная система семьи являет собой трансгенерационный феномен, в нее включены представители всех предшествующих поколений... Эта эмоциональная система существует в настоящем семье,... влияет на детей и формирует их личности.» (цит. по М. Боуэн, 2005). Исследуя взаимодействие в семейной системе, М. Боуэн описал механизмы вертикальной передачи – триангуляция, межпоколенческая передача. Под триангуляцией понимается втягивание третьего для стабилизации отношений в диаде. Процесс межпоколенческой передачи — «приливы» и «отливы» эмоционального процесса через треугольники в течение нескольких поколений. Этот механизм расширяет понятие нуклеарной семьи как единицы системы до многопоколенной семьи как эмоциональной единицы.

Разрозненные термины и понятия, предшествующие идеи получили достаточно четкое теоретическое оформление в трансгенерационном мегасистемном подходе А.А. Шутценбергер. Семья рассматривается в контексте внешних социальных связей в соответствии с историческими условиями. Автор на богатом исследовательском материале обосновывает влияние внешних факторов на развитие семьи. «Некоторые семейные или исторические совпадения можно лучше понять как выражение семейного и социального трансгенерационного бессознательного». Восприятие по механизму «прошлое-настоящее», по мнению А. Шутценбергер, воспроизводит травмирующие события прошлого в контексте актуальных социальных условий.

Современные тенденции в изучении личности и семьи отражают идею интеграции различных подходов. Примером такой интеграции являются выделенные У. Фейрбейрном элементы теории объектных отношений, которые оказали непосредственное влияние на становление трансгенерационных представлений. Во-первых, события внешней жизни воспринимаются через фильтр интернализированных взаимодействий, иначе говоря, взаимодействие в настоящем рассматривается через призму прошлого. Во-вторых, мы неосознанно пытаемся изменить свои отношения с близкими людьми так, чтобы они максимально походили на привычные, интернализированные модели, которые существуют в виде внутреннего образца. Эти механизмы становятся очевидными, если рассматривать взаимодействия в объектных отношениях как последовательности ролевых процедур (Bowlby, 1969; Ryle, 1985, 1990; Лебовиси С.). На основе врожденных паттернов привязанности, используя сенсомоторный аппарат, новорожденный с самого рождения включается в разработку «ролевых процедур» (эмоционально, поведенческих, сенсомоторных и соматовегетативных паттернов). Зачастую эти паттерны становятся реакциями на проявления другого, которые принимают цепной характер («процедура обоюдных ролей») (Ogden, 1983). Это в свою очередь

создает основу для формирования комплиментарных ролей. Интернализация ролевого поведения комплиментарного другого может быть обозначена как «интернализация контр-роли». По всей видимости, она обеспечивает трансформацию и воспроизводство ролевого поведения в ряду поколений. При этом, чем более сцепленными окажутся роли взаимодействующих объектов по силе и длительности, тем сильнее окажется интернализация, обеспечивающая механизм трансгенерационной передачи. Когнитивную основу процесса интернализации ранее описал Л.С. Выготский на модели трансформации межличностного опыта во внутрличностные мыслительные процессы. Ж. Пиаже приблизительно в то же время изучал интернализацию физических манипуляций. На основании вышеизложенного можно предположить, что путем интернализации транслируются трансгенерационные феномены и воспроизводятся в виде когнийций, эмоций, поведенческих и сомато-вегетативных паттернов в индивидуальном опыте и опыте объектных отношений в ряду поколений.

Генри Дикс и Джеймс Фрамо, развивая теорию объектных отношений, устанавливают, что наряду с процессом трансляции в межпоколенческих взаимодействиях можно выделить механизм компенсации – стремление наделить новые отношения качествами, отсутствовавшими в прошлых объектных отношениях. Механизм компенсации препятствует непосредственному проживанию травмирующих событий и разрядке негативных чувств в актуальных взаимоотношениях. Не получившие когнитивного оформления чувства аккумулируются в виде болезненного очага и «ждут своего часа». Компенсаторные тенденции на основе примитивных психологических защит по типу отрицания удерживают этот болезненный очаг и в практически неизменном виде могут транслировать его по цепи поколений, дожидаясь благоприятных условий для реализации. Когда такие условия складываются в форме совпадения, имен, дат, социальных контекстов, наступает драматическая развязка.

Пример интеграции классической психоаналитической теории и концепции трансгенерационного мандата в клинической практике работы с семьей мы находим также в идеях Сержа Лебовиси. По его мнению, симптомы душевного неблагополучия ребенка отражают некий «симптом» семьи и тесно связаны с его местом, ролью в родительских, семейных ожиданиях, проекциях, фантазиях, конфликтах. Ребенок в процессе своего развития активизирует определенную «психическую генограмму», конструируя свое «дерево жизни» в рамках межпоколенческой передачи семейной истории, паттернов отношений, неразрешенных конфликтов и семейных тайн. Так, ребенок может выполнять определенную роль, на которую его ставят родители, чтобы снова пережить свои собственные инфантильные конфликты с дедушками и бабушками ребенка. Потомок может стать заложником тщательно скрываемой семейной драмы, которую он «должен пережить, согласно семейному мандату, чтобы тайна, наконец, вышла из тени забвения и секрета, призван проиллюстрировать «семейный миф» сложившийся в определенном исторической или культурном контексте».

Изучение вертикальной семейной системы позволяет исследовать трансгенерационные механизмы деформации родительства. Это направление актуально в современных отечественных исследованиях. Среди неблагоприятных факторов нарушения родительских функций Г.Г. Филиппова отмечает трансляцию в ряду поколений девиантных моделей материнства и отцовства, искажение эмоциональной и операциональной составляющих родительства, нарушение родительской культуры в целом. Э.Г. Эйдемиллер и соавт. выделяют основные компоненты патологизирующего родительства: неблагоприятные когнитивные стили и сценарии, патологические личностные характеристики родителей, неблагоприятные модели воспитания. При этом подчеркивается, что факторы неблагоприятного семейного наследования обладают тенденцией к усилению в ряду поколений, возрастает их патологизирующее воздействие на личность ребенка.

Основным методом трансгенерационного анализа на сегодняшний день является составление и анализ генограммы. Возможности клинического применения генограммы всесторонне изучаются А.Я. Варга, А.В. Черниковым. В работе с психосоматическими пациентами и проблемами зависимости С.А. Кулаков использует контекст трех поколений. Симптом идентифицированного пациента в этом случае – «это манифестация ведущей темы», которая получает развитие в семейной системе.

Клинический опыт и авторские исследования позволяют говорить о возможностях трансгенерационного анализа применительно к проблемам репродуктивного поведения. Не случайно РОД и РОДЫ – слова однокоренные. «Какой род, такие роды». До нас дошли представления о славянском боге Род – родителе всего живого и сущего. В нем видят «верховное божество», «повелителя туч», «творца жизни на Земле». Род упоминает в летописях вместе сопровождавшими его женскими божествами – роженицами. Богини мать Лада и ее дочь Леля у древних славян считались покровительницы беременных и рожениц.

Исследуя древние традиции, можно заметить, что у многих народов существовали обряды символической передачи женской материнской силы от бабушки к матери, от матери к дочери, которые укрепляли позитивную программу материнства для молодой женщины. Сходный смысл можно найти и в обрядах для мужчин. Такие обряды помогали сформировать ответственность за свой род, обрести силу воли для перенесения тягот в жизни во имя продолжения рода. Воспитательный и психологический смысл компонент этих обрядов невозможно переоценить. Потребность обратиться к своим корням сегодня испытывает молодая семья как раз в период ожидания ребенка. Зная всю сложность связей в схеме рода, мы можем представить всю сложность ситуации, в которой находятся современные семьи.

Многолетние комплексные исследования по актуальной сегодня для детского возраста проблеме гиперактивности позволяют предположить, что синдром гиперактивности является неспецифическим

механизмом разрядки отдельных трансгенерационных феноменов. Наследственная отягощенность по различным видам зависимости (23%), девиантным формам поведения (26%) оказывает свое патологизирующее влияние. Структурные семейные травмы (трагические смерти, суициды, аборт) часто встречаются в семьях при СДВГ. Неблагополучный зачаточный сценарий и психологические нарушения в период вынашивания и нарушения перинатального развития определяют «первичное ядро» гиперактивности. Гиперактивное поведение в семьях обнаруживают дети, от которых скрывают «неродное отцовство». Следует подчеркнуть, что накопление вертикальных дисфункций в семейной системе активизирует грубые защитные механизмы в форме отрицания, нарушает коммуникации, делает семью в целом более ригидной и менее устойчивой к действию стресса.

С изменением роли женщины в обществе усиливается конфронтация внутри семьи в распределении типично мужских и женских функций. Ролевая структура семьи не организуется полноценно. Такая семья не дает ребенку базовых моделей мужчины и женщины, так необходимых для развития личности. В дальнейшем это проявляется недостаточным осознанием, недостаточным принятием качеств и элементов поведения своего пола, трудностями в выборе партнера и становлении удовлетворяющих партнерских отношений. Нарушается передача полноценных родовых программ, затрудняется реализация репродуктивной функции. Нарастают негативные изменения в семье из поколения в поколение, находя свое неспецифическое разрешение в психопатологических и психосоматических симптомах, в частности симптоме гиперактивности. Обращение к родовым корням помогает восстановить репродуктивную программу. Часто семейный опыт бабушки и дедушки в становлении модели материнства и отцовства оказывается для молодых людей более ценным, чем опыт, полученный в родительской семье. «Разрядка» трансгенерационных симптомов снижает уровень неспецифической семейной тревоги, способствует улучшению коммуникаций и укреплению семейных ресурсов в целом.

Исследование гендерных особенностей личностных реакций больных на перенесенный инфаркт миокарда

М. С. Морозова

(Московский институт медико-социальной реабилитологии, Москва, Россия)

Л. Л. Баз

(Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия)

Инфаркт миокарда относится к широкой группе психосоматических расстройств. Механизмы их происхождения довольно сложны. Экспериментально установлено, что совершенно различные по своему характеру отрицательные эмоции (отчаяние, страх, тревога, тоска) сопровождаются однотипными висцеральными сдвигами. Повышается возбудимость симпатoadренальной системы, возрастает секреция катехоламинов, что вызывает учащение сердцебиения, повышение артериального давления, усиление прилива крови к мышцам.

Связующим звеном между психологической и соматической сферой является аффект. Он выражается в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной моторной реакции и характерного ощущения страха. При наличии патопластического переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему соматическую систему, функциональный этап нарушения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний. То есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая психику, повреждается соматика. Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обуславливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксирование.

Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает эти ощущения, что приводит к формированию патологического состояния. Негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями этих больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора головного мозга становится чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и любой незначительной соматической вредностью. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Многочисленные исследования показывают, что существуют препсихосоматический личностный радикал; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте, чаще у лиц холерического и флегматического темпераментов. Основной причиной формирования этого радикала является ущемление фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта

(Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986.). При поражениях мозга и при наличии психофизиологического дефекта проявления преекзосоматического личностного радикала усугубляются.

Для всех психосоматических личностей в той или иной степени характерно общее: ущемленность, а поэтому обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявляется в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида. Характерна утрированная мужественность, истероидность, враждебность. Психосоматический субъект отделен от своего бессознательного и тесно привязан к окружающему миру. Психосоматическая регрессия расценивается как регрессия «Я» на примитивный защитный уровень с тенденциями в виде соматизации.

Клинические описания и психологические исследования показывают, что больные с инфарктом миокарда остро переживают свое заболевание. У них наблюдаются наиболее выраженные эмоциональные расстройства среди всех больных с сердечно-сосудистой патологией. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркта миокарда ассоциируется у больных с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация – все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. Больных угнетает мысль о том, что из крепких, активных людей они превратились в беспомощных, нуждающихся в уходе больных. Появляются мрачные мысли о будущем. О.А. Соколова (1999) в монографии посвященной реабилитации больных, приводит данные о том, что без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших. Для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего (Абрамова Г.С., Юдич Ю.А., 1998.). Неадекватные переживания часто приводят к тому, что реабилитационный период затягивается. Для успешного выздоровления важны усилия самого больного, которые во многом зависят от его желания активно участвовать в реабилитационных мероприятиях. Однако часто личностные особенности затрудняют установлению высокого комплаенса больными по отношению к лечению. Кроме этого, из практики известно, что наблюдаются различия в реакциях на перенесенный инфаркт, зависящие не только от личностных особенностей больных, но и от пола.

Особое направление в исследованиях гендерной специфики занимает изучение адекватности принятия своей половой идентичности больными. Некоторые исследователи рассматривают преобладание алкоголизма, импотенции, стенокардии и других стрессогенных расстройств у мужчин как следствие их природной инструментальности и подавления чувств нежности (Pleck J.H., Sawyer J., 1974, Grambs J.D., Waetjen W.B., 1975). А.С. Кочарян (1996), анализируя полоролевые аспекты у больных с ишемической болезнью сердца, показал негативную значимую связь между маскулинностью и фемининностью. Он считал, что больным свойственна инфантильная полоролевая структура. Автор сравнивал эти данные с полоролевой структурой, характерной для подростков мужского пола 15-16 лет, которые не в состоянии принять (ассимилировать) собственную фемининность.

Исходя из эмпирических данных о существовании гендерных различий в реакциях на стресс (Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. 2001), мы предположили, что и в случае такой тяжелой болезни, внезапно изменяющей жизнь больного, мужчины и женщины будут реагировать по-разному.

Гипотеза исследования: существуют гендерные различия в личностных реакциях больных на перенесенный инфаркт миокарда.

Задачи исследования:

1. выявить у больных, перенесших инфаркт миокарда, особенности эмоционально-личностного реагирования на болезнь: а) уровень ситуативной тревожности, б) выраженность депрессивности, в) уровень невротизации, и г) особенности использования защитных механизмов;
2. оценить различия между группами мужчин и женщин по выделенным параметрам.

Испытуемые: 30 больных, перенесших инфаркт миокарда, 15 мужчин и 15 женщин находившихся на излечении в отделении кардиологии для больных инфарктом миокарда 55 ГКБ г. Москвы, группы выровнены по возрасту (средний возраст 50 лет), и образованию (среднее специальное и высшее), на момент госпитализации все испытуемые работали.

Методики: методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана, методика измерения уровня тревожности Тейлор, шкала Зунга для определения уровня депрессии (в адаптации Т.И. Балашовой), тест-опросник механизмов психологической защиты (Life Stile Index) (ИЖС).

Результаты. Результаты, полученные по группам мужчин и женщин, были сравнены между собой с использованием критерия Стьюдента.

Уровень невротизации. По методике Л.И. Вассермана, которая оценивает склонность испытывать состояние тревоги в различных ситуациях, связанных с социальным взаимодействием людей (невротизацию), было получены следующие: среднее значение по группам: у мужчины - 26 баллов, у женщин - 25 баллов. Статистических различий между группами нет.

Уровень тревожности. Методика измерения тревожности Тейлор показала, результаты и у мужчин и женщин относятся к высокому уровню выраженности тревоги. У мужчин в среднем по группе тревожность - 27 баллов, у женщин - 31 балл. Найдены статистические различия между группами ($t=2$ при $p \leq 0,05$).

Уровень выраженности депрессии. По шкале Зунга было получено, что мужчины в среднем имеют субдепрессивное состояние или маскированную депрессию (65 баллов), а у женщин среднее значение несколько ниже - 56 баллов. Это свидетельствует о наличии легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. Результаты достоверно различны ($t=4,5$ при $p \leq 0,01$). То есть у мужчин депрессивное состояние более выражено.

Особенности механизмов психологической защиты. Я-концепция больных становится дестабилизированной, больные переживают тревогу и дискомфорт, от которой стремятся защититься интенсивным использованием механизмов психологической защиты. Методика «Индекс жизненного стиля» выявила, что мужчины, перенесшие инфаркт, наиболее интенсивно используют интеллектуализацию, которая помогает описать собственное поведение как хорошо контролируемое. Сравнение групп с помощью критерия Стьюдента выявило определенные различия защитного поведения у мужчин и женщин. Женщины интенсивнее, чем мужчины используют механизмы: отрицание ($t=3,27$ при $p \leq 0,01$), подавление ($t=1,7$ при $p \leq 0,05$), регрессия ($t=2,59$ при $p \leq 0,05$).

Отрицание является «примитивным» и инфантильным способом защиты, он вступает в действие при конфликтах любого рода, не требует предварительного научения, характеризуется заметным искажением восприятия действительности, часто принимающим форму ухода от нее в «болезнь». Отрицание считается одним из рано формирующихся защитных процессов.

Подавление связано с избеганием внутренних конфликтов путем активного выключения из сознания истинного, неприемлемого мотива. Подавление — механизм посредством которого неприемлемые импульсы или идеи становятся бессознательными. Может осуществляться как полное, так и частичное подавление. Во втором случае остается не вытесненным отношение человека к данному мотиву. Это отношение трансформируется и проникает в сознание в виде чувства тревоги, которое может сопровождаться соматическими проявлениями. Из-за вмешательства этого механизма психологической защиты при выполнении той работы, которая не нравится, самочувствие может значительно ухудшиться. Все это может быть симптомами неразрешенного невротического конфликта. Регрессия – возвращение к онтогенетически более ранним, инфантильным личностным реакциям. Этот вид защиты проявляется в демонстрации беспомощности, зависимости, «детскости» поведения с целью уменьшения тревоги и ухода от требований реальной действительности. Регрессия – возвращение на более ранний уровень развития или к способу выражения, который более прост и который когда-то уже приносил некоторое облегчение.

Таким образом, в нашем исследовании было установлено, что женщины значимо чаще, чем мужчины, используют «примитивные» защитные механизмы, такие как отрицание, подавление, регрессия.

Выводы

- 1) У больных в группах мужчин и женщин отмечается повышенный уровень невротизации. Различий по значениям между группами нет.
- 2) Для больных характерна повышенная тревожность. У женщин тревожность значимо выше, чем у мужчин.
- 3) У женщин отмечается легкая депрессия, у мужчин значения достигают уровня субдепрессивного состояния. Найдены статистически значимые различия между группами. Мужчины, перенесшие инфаркт, показывают более высокие значения депрессивного состояния, чем женщины.
- 4) Существуют гендерные различия в использовании психологических защитных механизмов у больных. Наиболее интенсивно мужчины, перенесшие инфаркт, используют интеллектуализацию. Женщины в основном используют отрицание, подавление, регрессию, компенсацию и реактивное образование. В целом интенсивность и репертуар использования психологических защит выше у женщин.

Таким образом, проведенное исследование показало, что больные имеют особенности в эмоционально-личностных реакциях на перенесенный инфаркт миокарда, которые прямо зависят от пола больного. Женщины более тревожны, но имеют меньшую выраженность депрессивного состояния, чем мужчины, и применяют более широкий репертуар психологических защит, но более примитивных по происхождению.

Особенности личностных реакция можно использовать в разработке психологических реабилитационных программ после перенесенного инфаркта миокарда. Нам представляется интересным продолжать исследования в направлении изучения реакций больных на свое заболевание исходя из признаков половой принадлежности, то есть исследовать внутреннюю картину болезни у мужчин и женщин.

Интегративный подход к практике психологического сопровождения процесса родовспоможения

В. Б. Никишина, Д. С. Каськова

(Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия)

В последние годы в здравоохранении ускорились темпы интеграции смежных специальностей. В первую очередь это касается клинической (медицинской) психологии, необходимость присутствия которой в клинике подтверждена и ежедневной практикой, и дальнейшим развитием теоретических основ

современной медицины. Акцент на предупреждении развития заболеваний человека, начиная с его младенчества и детства, приводит к выводу о том, что из соматических лечебных учреждений, нуждающихся в развитии качественной медико-психологической помощи, следует отдать приоритет учреждениям поддержания репродуктивного здоровья, родовспоможения и детства.

Рассматривая психологическое сопровождение лечебного процесса как систему диагностических, психокоррекционных и психотерапевтических воздействий, направленных на поддержание и оптимизацию ресурсного потенциала личности в ситуации лечебного взаимодействия, целесообразно выделить ряд особенностей его реализации:

- во-первых, содержание и организация психологического сопровождения лечебного процесса определяется спецификой и задачами самого лечебного процесса (плановость – экстренность, хирургическое – терапевтическое и т.д.);
- во-вторых, реализация психологического сопровождения лечебного процесса определяется особенностями структурно-функциональной организации лечебного учреждения (стационар – поликлиника, специализированное – многопрофильное и т.д.).

В настоящее время в связи с высокой макросоциальной значимостью демографических задач остро встает вопрос о повышении репродуктивной активности населения. И в этом контексте качество медицинского и психологического сопровождения процесса беременности и родовспоможения может и должно рассматриваться как необходимое условие улучшения репродуктивного здоровья и увеличения репродуктивной активности.

Традиционно в сопровождении женщины во время беременности приоритетным является медицинский подход. Однако исследования, проведенные в последние годы, доказывают наличие потребности в специализированной медико-психологической помощи пациентам учреждений родовспоможения и детства. Сегодня становится достаточно привычным участие психолога в подготовке беременных женщин к адекватному восприятию беременности, будущего ребенка и к родам. Представляется, что введение в штатное расписание родовспомогательных учреждений должности медицинского психолога соответствует современным требованиям ситуации и потребностям здравоохранения. Оказание психологической помощи в условиях учреждений родовспоможения и детства может осуществляться на различных этапах материнства.

В последние годы проводится все большее число психологических исследований, результаты которых показывают, что поведение матери во время беременности и отношение к будущему ребенку имеют решающее значение и для протекания самой беременности, и для формирования и развития ребенка. Как известно, с наступлением состояния беременности происходят значительные изменения анатомо-физиологического, психовегетативного, психологического и социального статуса женщины. При этом физиологическое течение беременности и родового акта, состояние плода и новорожденного во многом зависит от психологического состояния женщины во время беременности. В психологическом плане это состояние часто представлено кризисом развития материнской сферы, особенно при первой беременности женщины. Такого рода кризис сопровождается значительным стрессовым состоянием будущей матери, ребенка и семьи в целом. Недостаточное внимание специалистов к психологическим особенностям состояния беременных женщин может привести к подавлению бессознательных регуляторных механизмов женщины. Последствия такого отношения – уменьшение личной роли женщины на всех этапах материнства, делегирование персоналу ответственности за процесс родоразрешения. Широта спектра изменений состояния и жизненной ситуации женщины, наличие специфических сложностей предполагает участие многих специалистов в ведении беременности.

В современной психологии одной из наиболее актуальных проблем является проблема становления профессиональных компетенций специалистов, занимающихся решением стратегической государственной задачи – сохранением и укреплением здоровья нации. Практическая актуальность исследования определяется необходимостью обоснования введения специализации психолога – специалиста родовспоможения – «психолога-перинатолога», подготавливаемого (переподготавливаемого) по единому государственному стандарту в вузах страны. Введение специализации позволит в более полной степени обеспечить и поддержать психологическое здоровье беременной женщины и ее будущего ребенка, избежать сектантского воздействия на них со стороны организаций, учреждений, фирм, оказывающих психологическую помощь вне зависимости от их хозяйственно-правовой принадлежности.

Именно период беременности как наиболее сензитивный не только для ребенка, но и для его матери, дает возможность осуществлять профилактику социального, психического и, косвенно, физического здоровья сразу двух поколений. Главную роль в решении этой задачи играют отношения комплаенса между врачом акушером-гинекологом и клиническим психологом, которым необходимо активно информировать друг друга об особенностях соответствующего статуса беременной женщины.

Взаимообусловленное влияние психологических и соматических факторов на протекание беременности вызывает необходимость совместного участия психолога и врача акушера-гинеколога в лечении психосоматически обусловленного бесплодия, ведении матери и ребенка не только в период беременности, но и на протяжении всего пренатального периода.

Апробация программы психологического сопровождения женщин в процессе родовспоможения осуществлялась на базе Курского родильного дома. Принимали участие в 29 родах; 26 женщин согласились

на оказание им психологического сопровождения в процессе родов, а 3 роженицы отказались. Основаниями отказа послужило состояние здоровья (ВИЧ), острое эмоциональное состояние и немотивированный отказ.

Объект исследования – процесс родовспоможения.

Предмет исследования – технология психологического сопровождения процесса родовспоможения.

Цели психологического сопровождения процесса родовспоможения: формирование эмоционально положительной установки на процесс взаимодействия врача и пациента; нейтрализация острых эмоциональных (аффективных) реакций; эмоционально-эмпатическая поддержка беременных женщин; поддержание психологической адекватности беременных женщин в процессе родовспоможения. Субъектами психологического сопровождения выступили врачи, акушеры и роженицы.

Алгоритм психологического сопровождения процесса родовспоможения:

- 1) эмоциональная поддержка женщины, находящейся в процессе родов;
- 2) коррекция субъективного переживания боли беременной женщины в процессе родов;
- 3) нейтрализация эгоцентрических установок и реакций женщины, переключение акцента установок на ребенка.

На этапе информированного согласия происходит добровольное согласие беременной женщины на оказание психологической помощи, информирование о цели сопровождения. Основной этап психологического сопровождения включает себя следующее: информирование о последовательности предродовых мероприятий, психофизиологические техники нейтрализации острых аффективных реакций, организация и регистрация обратной связи об актуальном состоянии беременной женщины, информирование врача об эмоциональном (психологическом) состоянии пациентки и активизация регуляторного потенциала женщины в преодолении субъективного переживания боли в процессе родов.

Критерии эффективности: 1) снижение интенсивности переживания субъективного компонента болевых ощущений беременной женщины в периоде нарастающей родовой деятельности; 2) нейтрализация травмирующего опыта женщины, фиксирующего болевые ощущения.

Условиями эффективного взаимодействия специалистов в процессе психологического сопровождения родовспоможения выступили внутренняя и внешняя супервизия. На практическом опыте было доказано, что женщины, которым была оказана помощь психологического сопровождения в процессе родовспоможения, не только легче перенесли роды, но и число послеродовых осложнений у них было значительно ниже. Профессиональное воздействие психологов позволило снизить у женщин негативные и деструктивные психические состояния (прежде всего послеродовые страхи), усилить их адаптивный потенциал, укрепить психическое здоровье. Кроме того, психологическое сопровождение беременных позволяет наладить контакт между матерью и ребенком.

Таким образом, работа клинических психологов в области поддержания репродуктивного здоровья может и должна быть организована в специализированных учреждениях родовспоможения и детства. Активное взаимодействие клинического психолога и врача акушера-гинеколога является перспективным направлением деятельности в акушерско-гинекологической службе. В связи с этим можно сформулировать следующие задачи работы клинического психолога в акушерско-гинекологической клинике:

- совместное (с врачом акушером-гинекологом) восстановление репродуктивной функции женщин при психосоматически обусловленном бесплодии;
- подготовка супружеских пар к сознательному плановому зачатию ребенка;
- психологическая подготовка к благоприятному проживанию беременности и родов;
- коррекция психологических проблем в процессе беременности, родов и в послеродовой период;
- психопрофилактическое наблюдение за ребенком и родителями в неонатальном периоде;
- профилактика психогенных нарушений лактации и психических расстройств у матери в послеродовом периоде.

Клинико-психологические особенности личности женщин с патологией беременности

С. С. Носов

(Московский гуманитарный университет, Москва, Россия)

С. С. Ишемгулов

(Московский психолого-социальный институт, Москва, Россия)

Здоровье современных беременных женщин нельзя признать удовлетворительным, и оно не имеет тенденций к улучшению (Грандильевская И.В., 2004). Осложнение беременности является серьезным стрессом и кризисной ситуацией в жизни каждой женщины, которую необходимо преодолеть, сохранив при этом равновесие и стабильность Я-концепции. Для поддержания психологического баланса на кризисных этапах своей жизни человек прибегает к интенсивному использованию механизмов психологической защиты как регуляторам его адаптации.

Использование неадаптивных стратегий поведения и незрелых механизмов психологических защит еще больше способствуют нарушениям материнской сферы женщин, и, как следствие, могут привести к осложнениям материнско-детских отношений уже после рождения ребенка.

Именно поэтому работа клинического психолога должна основываться только на объективной информации о психологических составляющих Я-концепции женщин с патологией беременности и учитывать особенности их защитного поведения. Своевременная клиничко-психологическая диагностика позволяет выявить взаимосвязь факторов и определить мишени и стратегии психологической коррекции и профилактики.

Мы предположили существование различий в личностных особенностях и функционировании защитных механизмов женщин с патологией беременности и женщин с нормальным течением беременности. Для проверки данного предположения были использованы психодиагностические методики: тест-опросник «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик), методика диагностики самооценки (по С.Я. Рубинштейн), психометрический тест (С. Деллингер), тест изучения психологического времени личности, методика «Гомункулос» (А.В. Семенович), методика диагностики самооценки психических состояний (Г.Айзенк).

Диагностическое исследование проводилось на базе родильного дома № 25 ЮЗАО г. Москвы. Выборку исследования составили 24 женщины в возрасте от 27 до 33 лет, находящиеся на III триместре беременности, из них: 1) 12 женщин, имевших осложненную беременность различной этиологии с угрозой ее прерывания; 2) 12 женщин с нормально протекавшей беременностью. Сравнение полученных результатов в выделенных группах происходило с использованием U-критерия Манна-Уитни.

В результате применения опросника «Индекс жизненного стиля» выявилось, что у испытуемых с патологией беременности отмечается большее количество, разнообразие и интенсивность использования психологических защит, чем в контрольной группе. Выявленные различия касались прежде всего более активного использования защитного механизма отрицания и механизма проекции в группе с патологией беременности. Отрицание является инфантильным механизмом защиты и выражается в недостаточном осознании проблемы беременности, связанных с ней переживаний и ощущений, которые могли бы причинить боль при их признании (в данном случае проблем, связанных с беременностью). При проекции же информация трансформируется таким способом, что сами пациентки считают, что не они виновны в тех или иных проблемах, а сама ситуация, какие-то внешние и не зависящие от них обстоятельства. Т.е. проекция позволяет женщине возлагать вину за свои недостатки или промахи на другой объект (например, на врачей или родственников). Пусковым механизмом проекции может являться низкая самооценка, тогда человек недоволен собой, вследствие конфликта между реальным и желаемым «Я», и это ведет к отрицательному восприятию окружающих.

Снижение самооценки женщин с патологией беременности подтвердили результаты методики С.Я. Рубинштейн, так как выявились различия по шкале здоровья. Женщины с патологией беременности воспринимали себя менее здоровыми, чем другие люди.

Применение психометрического теста и методики изучения психологического времени личности не позволило обнаружить достоверных различий между группами.

Исследование женщин с нарушениями беременности с помощью методики «Гомункулос» показало более высокую дифференцированность и преобладание у них негативных эмоций в восприятии образа своего тела. У испытуемых с патологией беременности наблюдалась большая фиксированность на соматических нарушениях, чем у женщин с нормативной беременностью. Испытуемые экспериментальной группы считали себя менее здоровыми, и соответственно они больше «прислушивались» к сигналам своего тела. Кроме того, они были более озабочены вербальной информацией и характеризовались подавленной агрессивностью, а также игнорированием (отрицанием) сферы сексуальности.

Исследование методикой диагностики самооценки психических состояний (Г. Айзенк) выявило существование достоверных различий по шкале агрессивности, которая была выше у женщин с патологией беременности.

Таким образом, личностные особенности и механизмы психологической защиты женщин с патологией беременности отличаются от таковых особенностей женщин с нормальным течением беременности. Для женщин с нарушениями беременности свойственно: отрицание своих проблем, нежелание брать на себя ответственность и внешнеобвинительное поведение (использование защитных механизмов по типу проекции и отрицания), инфантильность, сниженная самооценка, недовольство собой, конфликт между реальным и желаемым «Я», отрицательное восприятие окружающих, подавленная агрессивность.

Клиничко-психологические аспекты применения краткосрочной семейной психотерапии при расстройствах поведения и эмоций у детей и подростков

Б. В. Панасенко

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава;
Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург, Россия)

Расстройство поведения у детей и подростков становится все более актуальной проблемой и ее значимость определяется не только частотой, но и социальными факторами. По данным медицинской статистики ПНДО№5 Невского и Красногвардейского районов ЦВЛ им. С.С. Мнухина «Детская

психиатрия», частота встречаемости данной патологии в 2008-2009 гг. по сравнению с 2002-2003 гг. увеличилась приблизительно на 30%. Также необходимо отметить, что за последние пять лет в структуре заболеваемости детского и подросткового населения г. Санкт-Петербурга стабильно растет удельный вес непсихотических психических расстройств, к которым относится рассматриваемая патология: распространенность расстройств поведения различной этиологии увеличилось на 9,7%.

Расстройство поведения и эмоций – кластер непсихотических расстройств, который находится в фокусе внимания специалистов не только медицинского, но и педагогического, психологического и социального направления. Как правило, с данной проблемой в первую очередь сталкиваются педагоги и психологи образовательных учреждений, психологических центров. Важно учитывать то, что по принятой в международной практике классификации болезней расстройства поведения и эмоций являются психогенной патологией, обусловленной дисфункциональными внутрисемейными отношениями. Еще в 60-е годы прошлого века С.С. Мнухин писал о том, что в происхождении психогенных реакций решающую роль играют резкие либо длительно отрицательно действующие на психику ребенка факторы, к которым прежде всего относится недостаточно серьезное, а иногда и просто безответственное отношение родителей.

При исследовании семей, воспитывающих детей с поведенческими и эмоциональными расстройствами, установлено, что более 80% – это семьи социально неблагополучные, с одним или более родителем, употребляющим алкоголь, с низким материальным уровнем, неполные семьи или с имеющимися хроническими конфликтами. Поэтому на различных этапах работы с проблемным ребенком привлекаются сотрудники социальных служб. И только малая часть из данной категории больных доходит до медицинских учреждений, так как большинство считает не нужным обращаться за помощью к профессионалам, обвиняя ребенка в распушенности или невоспитанности. Этому же способствуют некоторые критерии, выделенные В.В. Ковалевым при рассмотрении данной нозологии как самостоятельного феномена: несмотря на полиморфизм проявления, для расстройств поведения характерна большая избирательность в зависимости от микросреды и ситуации, изменчивость, переключаемость поведения в разных условиях и при выполнении разных социальных ролей. Притом что абсолютно не характерны реактивные состояния: расстройства невротического типа, включая аффективные и соматовегетативные расстройства.

При нарастающем экономическом и социальном неблагополучии семейная система становится более уязвима и несостоятельна в осуществлении многих своих функций. Это подтверждается данными клинических исследований: более 73% родителей сомневаются в своей родительской компетенции. В результате дети зачастую остаются предоставленными сами себе и вынуждены справляться с возникающими на их жизненном пути проблемами самостоятельно. Как правило, при этом они используют тот жизненный опыт, те правила и ценности, способы реагирования, которые они усвоили в своей семье. Учитывая все это, семейная история, жизненный опыт отдельно взятой семьи все более актуализируется. Появление таких симптомов, как чрезмерная драчливость, хулиганство, жестокость, разрушительные действия, поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе, уходы из дома, необычно частые и бурные вспышки гнева, вызывающего провокационное поведение, откровенного непослушания сигнализирует прежде всего о наличии семейного неблагополучия.

Исходя из концепции патологизирующего семейного наследования, проведено исследование под научным руководством профессора Э.Г. Эйдемиллера на тему «Клинико-психологические особенности семей с детьми, страдающими расстройствами поведения и эмоций (в связи с задачами краткосрочной семейной психотерапии)». По результатам исследования предполагается выявить клинико-психологические особенности данных семей и доказать наличие этих особенностей в нескольких поколениях (то есть дополнительный вертикальный стрессор), а также непосредственную связь внутрисемейной дисфункции с возникающей патологией у детей.

По предварительным данным исследования можно сказать, что обследованные семьи имеют ряд особенностей. Так, у большинства членов семей определяется высокий уровень алекситимии и низкий образовательный уровень (при нормальном интеллекте), что значительно затруднило проведение обследования по методике «Вербальный фрустрационный тест» Л.Н. Собчик (детский и взрослый вариант). В ходе исследования появилась необходимость преобразовать регистрационный лист в таблицу и в верхней части, в виде приложения, указать примерные варианты ответов с конкретным указанием названия возможных эмоциональных реакций (например, ярость, злость, ненависть, возмущение, гнев, раздражение, обида, неловкость, стыд, смущение, недовольство, равнодушие, спокойствие и пр.). В итоге были получены результаты, говорящие о том, что у большей части взрослых наиболее фрустрированными ценностями являются благополучие и социальный статус, и при достаточно высоком уровне экстрапунитивной агрессии эмоции усиленно контролируются рассудком. У детей также в большем проценте фрустрированными ценностями являются благополучие и социальный статус. А вот направленность агрессии несколько различается. У детей с социализированным расстройством поведения и вызывающим оппозиционным расстройством отмечается доминирование экстрапунитивной агрессии, и агрессивность носит гиперкомпенсаторный характер. У детей же с несоциализированным расстройством поведения и со смешанными расстройствами поведения и эмоций преобладают интропунитивные агрессивные реакции, и эмоции, усиленно контролируемые рассудком.

При проведении исследования копинг-поведения было установлено, что более 84% обследованных использует неконструктивные копинг-стратегии: бегство, дистанцирование, избегание, конфронтация.

Важно отметить, что в 100% семей присутствуют патологизирующие стили воспитания: потворствующая и доминирующая гиперпротекция с повышенной моральной ответственностью или гипопротекция с наличием эмоционального отвержения. При этом стиль воспитания наследуется из поколения в поколение: дети при исследовании того, какими они будут родителями, по опроснику «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), В. Юстицкиса, Э.Г. Эйдемиллера предпочитали тот же стиль воспитания, что и взрослые из их семей (родители, бабушки и деды). В таких семьях выявлены неразвитость родительских чувств и проекция нежелательных качеств, способствующие раздражительно-враждебному отношению к ребенку и поддерживающие конфликтные формы поведения. В других, наоборот, отмечалось расширение сферы родительских чувств, страх утраты ребенка и предпочтение у него детских качеств, низкий уровень взаимопонимания и оценки реальных потребностей, приводящие к недостаточной эмоциональной поддержке.

При исследовании по методике «Шкала оценки семейной адаптации и семейной сплоченности FACES – 3» (Д. Олсон) установлено, что большинство семей ригидны в своей способности адаптации к воздействию стрессоров и обладают размытыми внешними семейными границами при высокой сплоченности и взаимозаменяемости внутренних систем.

Учитывая все вышеперечисленное, основным видом патогенетической терапии была выбрана семейная психотерапия, а именно краткосрочная аналитико-системная семейная психотерапия. Выбор терапии был обоснован тем, что в аналитико-системном подходе учитывается семейная история и взаимосвязь поколений, при этом происходит восстановление границ между подсистемами, обсуждение правил и способов реагирования, а также в ходе взаимного изучения семья пересматривает многие свои взгляды и устои. Краткосрочность терапии обусловлена как экономическими факторами, так и практической выгодой – достижение обратного развития симптомов, социализация ребенка, реконструкция семьи за короткий срок. Это важно учитывать еще и при том, что данные семьи очень трудно замотивировать на психотерапию вообще, так как имеется четкая установка: проблемы в ребенке, а не в семье. Поэтому быстрое достижение положительного результата является дополнительным стимулом к психологическому изменению.

Основным постулатом в психотерапевтической работе служило утверждение С.С. Минухина о том, что «терапия – это продвижение семьи, застывшей на месте, вперед по спирали развития и создания кризиса, который подтолкнет семью дальше по ее собственному эволюционному пути». Поэтому после стадии постановки диагноза проводимая семейная психотерапия была направлена на присоединение к семье с целью последующей оптимизации внутрисемейных коммуникаций, расширение словаря чувств, выработку более конструктивных способов совладающего поведения, восстановление и укрепление родительской позиции, а также предоставление детям большей сферы ответственности внутри семьи. Учитывая, что данный вариант психотерапии рассчитан на короткий срок, психотерапевт занимает активную позицию внутри семьи, с одной стороны, позволяя вовлечь себя во внутрисемейные взаимоотношения, а с другой, стороны осознанно модифицировать их. Поддерживая и максимально поощряя приемлемые варианты поведения и общения, психотерапевт расширяет сферу деятельности и компетенции семьи, добиваясь тем самым более сложной организации, способствующей преодолению сложившейся ситуации. При этом психотерапевт не фиксирует внимание на отдельном члене семьи, даже если он больше других нуждается в помощи, а постоянно вовлекает всю семью во взаимодействие, подчеркивая значимость семейных процессов. При этом семья научается оказывать помощь в проблемных ситуациях самостоятельно за счет внутренних резервов, а не за счет авторитета специалиста, что способствует быстрому положительному результату. Частота встреч варьируется, но оптимальны более длительные перерывы, чем при индивидуальной терапии – более двух недель. Так семья успевает опробовать новые стереотипы поведения и общения, а также увидеть отдаленные результаты и поверить в собственные конструктивные возможности. При этом крайне важно фиксировать внимание на позитивных изменениях (даже если они минимальны), учитывая характерную низкую оценку своих потенциальных возможностей членами семьи. Нужно особо отметить, что, учитывая социальный портрет семей с детьми, страдающими поведенческими и эмоциональными расстройствами, присоединение и эмоциональная поддержка сами по себе оказывают терапевтическое воздействие. При этих составляющих семья в достаточно короткий срок начинает более эффективно выполнять одну из своих главных задач – поддерживать индивидуальность, в то же время создавая ощущение принадлежности к целому, что способствует состоянию эмоционального комфорта ребенка и возможности здорового развития.

По результатам катамнестического наблюдения в течение двух лет отмечается стойкая положительная динамика: дети учатся в школе, общаются со сверстниками, в поведении упорядочены, многие ввиду отсутствия необходимости снимаются с наблюдения у врача-психиатра.

Принятие решения в отношении лечения и качество жизни при соматических заболеваниях и аффективных расстройствах

Е. И. Рассказова

(Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия)

Отношение к болезни рассматривается в соматической медицине как один из важнейших психологических факторов течения хронических соматических заболеваний (Николаева В.В., 1995, Leventhal, 2001, Petrie, Weinman, 1997). Однако практически неисследованной остается сфера психологических факторов, детерминирующих его формирование. Э. Деси и Р. Райан на основе теории самодетерминации (Deci, Ryan, 2000) разработали и апробировали модель принятия решения, предполагающую взаимодействие трех факторов: автономного (самостоятельного), внешнего (с опорой на внешнее мнение) и безличного (случайного) принятия решения. В клинических исследованиях было подтверждено, что автономный и внешний локусы каузальности способствуют достижению большего эффекта при участии в программах снижения веса, борьбы с алкоголизмом, при совладании с сахарным диабетом (Ryan et al., 1995, Williams et al., 1996, 1998).

На наш взгляд, не менее актуальной является задача разработки единой методики мотивации к лечению, которая может применяться в различных областях медицины. **Задачами** данной работы являлись:

1. Создание и апробация на условно нормативной выборке опросника каузальных ориентаций в отношении лечения (ОКО-Л), позволяющей выявить мотивацию к лечению при широком спектре заболеваний (соматических и психических).
2. Исследование связи и ретроспективных оценок прошлого эпизода соматического заболевания.
3. Пилотажное исследование связи мотивации к лечению и качества жизни при аффективных расстройствах.

Опросник включает 41 пункт, характеризующий автономные, внешние и безличные причины принятия того или иного решения в следующих ситуациях:

1. Обращение к врачу.
2. Выбор и покупка лекарств в аптеке.
3. Прием лекарственных препаратов.
4. Посещение лечебных процедур (например, массажа, физиотерапии и т.п.).
5. Изменение образа жизни (зарядка, прекращение курения и т.п.), предписанное врачом.

Мы развели ситуации приема лекарств, посещения медицинских процедур и изменения образа жизни, поскольку прием лекарств является привычным и простым действием, тогда как следование более сложным, и особенно связанным с изменением поведения, требованиям требует значительно больших усилий (Geist-Martin et al, 2003).

Испытуемые. Выборку апробации составили 246 человек (91 мужчина и 155 женщин, средний возраст $22.10 \pm 6,57$ лет), студенты различных московских вузов немедицинских специальностей. Из выборки исключались испытуемые, переживавшие на момент исследования обострение какого-либо хронического заболевания. Для проверки ретестовой надежности 45 испытуемых из данной выборки отвечали на пункты методики дважды с интервалом в 1 месяц.

Все испытуемые заполняли методику локуса каузальности в отношении лечения, а также отвечали на ретроспективные вопросы о последнем соматическом заболевании.

Клиническую выборку составили 38 больных с депрессивными и тревожными расстройствами (НЦПЗ РАМН, отделение 4). Все испытуемые – мужчины; средний возраст $20,3 \pm 2,0$ лет.

Методы. На этапе апробации методики и исследования ретроспективных оценок прошлого эпизода соматического заболевания использовались следующие методики.

1. Опросник каузальных ориентаций в отношении лечения (ОКО-Л).
2. Опросник каузальных ориентаций РОКО (Дергачева О.Е. и соавт., 2008).
3. Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия (Ritsner et al, 2005). Методика измеряет удовлетворенность жизнью и качество жизни в четырех основных сферах: в сфере физического здоровья, эмоциональных переживаний, активности в свободное время, социальной сфере.
4. Ретроспективные оценки прошедшего соматического заболевания. Испытуемых просили вспомнить последнее перенесенное заболевание и описать его симптомы, субъективные причины, субъективную тяжесть и скорость выздоровления.

В клинической группе использовались следующие методики:

1. Опросник каузальных ориентаций в отношении лечения (ОКО-Л).
2. Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия (Ritsner et al, 2005).
3. Опросник уровня субъективного счастья (Lyubomirsky & Lepper, 1999).

Результаты.

Отбор пунктов. По результатам экспертной оценки (три эксперта-психолога, знакомые с моделью самодетерминации в отношении лечения, независимо оценивали, к какой субшкале относится каждый пункт опросника) выделилась структура субшкал, которая изменилась по сравнению с исходным вариантом и включила: автономию (14 пунктов), внешний локус каузальности с опорой на врачей (8 пунктов), внешний локус каузальности с опорой на окружающих (7 пунктов), безличный локус каузальности (12 пунктов). Еще 7 пунктов, характеризующих непосещение врача, отказ от приема лекарств и выполнения медицинских рекомендаций, вошли в субшкалу отказа от лечения, которая может использоваться как дополнительная. Такие изменения закономерны, поскольку все субшкалы характеризуют согласие с лечением по разным

причинам и в этом смысле противоположны отказу от лечения. Опора на врачей или окружающих при принятии решения в медицинской сфере также очевидно являются качественно различными конструктами.

Надежность субшкал. Альфа Кронбаха для разных субшкал составляет 0,76-0,79, тогда как надежность дополнительной субшкалы отказа от лечения достаточно низка (0,70), но может быть приемлемой с учетом небольшого количества пунктов. Тест-ретестовые корреляции по всем субшкалам значимо высоки и варьируют от 0,42 до 0,63 ($p < 0,005$).

Факторная структура опросника. На основе эксплораторного факторного анализа было выделено 5 факторов, объясняющих 43,4% дисперсии данных и практически полностью соответствующих теоретической модели.

Внешняя валидность субшкал. Особенности принятия решений в отношении лечения ожидаемо коррелируют с общими каузальными ориентациями ($p < 0,05$). Общий внешний локус каузальности связан с повышением значений по всем шкалам согласия с лечением. На наш взгляд, эта закономерность объясняется тем, что для нашей культуры в целом характерно принятие решения в отношении лечения с опорой на мнение других – это социально нормативное поведение. Тем не менее, автономный и безличный локус каузальности связаны с соответствующими субшкалами опросника каузальных ориентаций. Отказ от лечения не связан с каузальными ориентациями.

Принятие решения в отношении лечения и качество жизни. Как и ожидалось, локус каузальности в отношении лечения связан ($p < 0,05$) только с удовлетворенностью физическим здоровьем и активностью в свободное время (также тесно связанной с физическими возможностями). Чем выше принятие решения с опорой на врачей, безличный локус каузальности ($p < 0,05$) и общее согласие с лечением (на уровне тенденции, $p < 0,1$), тем ниже удовлетворенность физическим здоровьем. Тот же паттерн корреляций, хотя и менее выраженный, характерен для удовлетворенности активностью в свободное время. Закономерно, что ухудшение здоровья должно быть связано с нарастанием опоры на врачей (поскольку испытуемые чаще обращаются к ним) и большей готовностью лечиться. Безличное принятие решения в отношении лечения, на наш взгляд, может способствовать ухудшению здоровья за счет редких и случайных визитов к врачу и общей непоследовательности в лечении. Полученные данные позволяют предположить, что безличное принятие решения в отношении лечения имеет больший вклад в ухудшение здоровья, чем даже принципиальный отказ от лечения. Проверка этой гипотезы требует дальнейших исследований.

Принятие решения в отношении лечения и ретроспективные оценки прошедшего соматического заболевания. В связи с тем что испытуемые отмечали самые различные соматические заболевания, мы рассчитали две матрицы корреляций: общую по всем испытуемым (210 полных протоколов) и частную матрицу по испытуемым, отмечавшим простудные заболевания (грипп, простуда, ОРЗ, ОРВИ, кашель – 90 протоколов). Рассчитанные коэффициенты корреляции по всем субъективным параметрам оказались практически идентичными (максимальные различия составляли 0,03).

Давность и длительность последнего заболевания, которое вспоминали испытуемые, не были связаны с особенностями принятия решения в отношении лечения.

Согласие с лечением, особенно при автономном и безличном принятии решения, связано с большей субъективной дезадаптацией во время последнего соматического заболевания ($p < 0,05$), но не связано с его субъективной тяжестью. Любое согласие с лечением связано с повышением, а отказ от лечения – с понижением страха осложнений при заболевании ($p < 0,05$), что вполне закономерно. Субъективная скорость выздоровления не связана с локусом каузальности, а субъективная длительность возрастает на уровне тенденции при большем доверии врачам. Уверенность в своих возможностях вылечиться снижается при отказе от лечения ($p < 0,05$) и на уровне тенденции возрастает при высоком уровне согласия с лечением и принятии решения с опорой на врачей ($p < 0,1$), что вполне закономерно и не требует дополнительных объяснений. Субъективная способность следовать выбранному лечению значимо коррелирует со всеми шкалами «активного» принятия решения. Только безличное принятие решения и отказ от лечения не связаны с тем, смог ли испытуемый следовать лечению.

Интересна связь локуса каузальности и субъективных причин заболевания. По критерию Манна-Уитни непризнание собственной ответственности за заболевание и представление, что причиной заболевания являются конфликты, связаны с отказом от лечения ($p < 0,1$ и $p < 0,05$ соответственно). При высоком внешнем локусе каузальности с опорой на врачей испытуемые чаще отмечают в качестве причин заболевания особенности организма, возраст, слабое здоровье ($p < 0,05$) и реже – халатность врачей, которые не сразу диагностировали и начали лечить заболевание ($p < 0,05$). Интересно, что при отказе от лечения испытуемые чаще считают причиной заболевания именно халатность врачей ($p < 0,05$).

Чем выше у испытуемых внешний локус контроля с опорой на врачей, тем реже они выбирают привычные средства лечения, но чаще соглашаются на госпитализацию ($p < 0,05$). Отказ от лечения сопряжен с редким приемом прописанных врачом лекарств и выполнением лечебных процедур ($p < 0,05$), тогда как автономный локус каузальности способствует выполнению лечебных процедур ($p < 0,1$). В целом эти данные полностью согласуются с нашими предположениями о шкалах опросника.

Принятие решения в отношении лечения и качество жизни у больных с аффективными расстройствами. Качество жизни у пациентов с аффективными расстройствами, по сравнению с нормой, было снижено ($p < 0,01$) во всех сферах. Уровень автономного, внешнего с опорой на других и безличного локусов каузальности не отличались от контрольной группы, тогда как внешний локус каузальности с

опорой на врачей был повышен, а отказ от лечения снижен в клинической группе, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Эти различия закономерны и объясняются состоянием пациентов и их нахождением в клинике на лечении.

Однако структура корреляций принятия решений в отношении лечения и качества жизни не соответствовала контрольной группе. В целом согласие с лечением (в особенности, автономное) отрицательно коррелирует с качеством жизни в сфере активности в свободное время ($p < 0,05$). На наш взгляд, согласие с лечением при нахождении в клинике действительно приводит к ограничению возможностей в свободное время, в особенности если пациент автономно следует рекомендациям. По сравнению с контрольной группой, в клинической группе исчезли отрицательные корреляции качества жизни в сфере здоровья и безличного и внешнего локусов каузальности. Напротив, качество жизни в сфере здоровья отрицательно коррелирует с внешним локусом каузальности с опорой на других. Иными словами, худшее качество жизни в отношении здоровья характерно для тех пациентов, согласие с лечением которых зависит от мнения и давления окружающих.

Выводы. Полученные результаты подтверждают достаточную надежность-согласованность, ретестовую надежность, факторную, конвергентную и дискриминантную внешнюю валидность методики.

Несмотря на ограничения, связанные с небольшим объемом клинической выборки и использованием ретроспективных отчетов в контрольной группе, обе модели подтверждают важность мотивации принятия решения в отношении лечения как фактора качества жизни и следования выбранному лечению. В контрольной группе «активное» принятие решений связано со следованием выбранному лечению. В частности внешний локус каузальности с опорой на врачей связан с согласием на госпитализацию и отказом от привычных средств лечения, тогда как автономный локус каузальности способствует выполнению лечебных процедур. В клинической группе принятие решения о лечении под давлением окружающих сопряжено со снижением качества жизни в сфере здоровья. Направление дальнейших исследований мы видим в проведении лонгитюдных исследований на моделях хронических соматических и различных психических заболеваний.

Психологические особенности семейной системы у подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями

И. А. Симоненко

(Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия)

В настоящее время взгляд на психосоматический симптом как на результат дисфункции семейной системы приобретает все большую популярность. Данный угол зрения представляется особенно обоснованным в случае развития психосоматического заболевания у детей и подростков, в силу их особой зависимости от семейного окружения. Психосоматическое заболевание у ребенка выступает как дисфункциональный «стабилизатор» семейной системы. В настоящей статье мы представим результаты исследований, проводимых на кафедре психологии и педагогики КГМУ. В этих исследованиях мы попытались ответить на вопросы: существуют ли психологические особенности семейных систем у подростков, страдающих психосоматическим расстройством (ПСР), существуют ли различия в параметрах функционирования семейных систем при различных группах ПСР.

Представим результаты исследования репрезентации семейных систем у подростков с ПСР. Многие авторы, в частности В.Н. Садовский, А.А. Холмогорова, А.Я. Варга, А.Г. Лидерс, Э.Г. Эйдемиллер, А.С. Кулаков, А.В. Черников и др., рассматривающие семью как систему, указывают на психосоматическое расстройство как один из дисфункциональных стабилизаторов семейной системы. Дисфункция семьи возникает в том случае, если семья на каком-либо этапе не может реорганизоваться, в результате чего блокируются потребности самого слабого члена семьи, чаще всего ребенка.

Так как объективная социальная ситуация развития ребенка определяет его психическое развитие и психическое здоровье не автоматически, а только будучи преломленной в субъективных переживаниях ребенка (подростка), необходимо акцентировать внимание на том, как сам ребенок воспринимает свою семью, какие семейные факторы субъективно переживаются им как дисфункциональные.

Таким образом, целью представляемого исследования явилось изучение субъективного восприятия подростками 12-15 лет своей семейной системы и специфики репрезентации параметров семейной системы в условиях психосоматического расстройства.

В данной работе были выделены и рассмотрены следующие параметры семейной системы.

1. Структура системы (через диагностирование состава, иерархии, внешних и внутренних границ, видов коалиции в семье).
2. Внутрисемейные коммуникации, т.е. эмоциональная дистанция, эмоциональные связи в семье.

Были сформированы следующие группы испытуемых. В первую экспериментальную группу вошли подростки, имеющие в анамнезе психосоматическое расстройство сердечно-сосудистой системы (вегетативная дисфункция), во вторую экспериментальную группу – испытуемые с психосоматическим расстройством желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит), в контрольную группу –

соматически здоровые подростки. Из исследования исключались подростки, имеющие дополнительный к основному диагноз, какие-либо поведенческие нарушения, а также чрезмерно низкую и высокую школьную успеваемость.

Исследование проводилось на базе областной детской клинической больницы г. Курска в отделениях №2 (гастроэнтерологии и кардиологии) и №6 (неврологии), а также в 7-х и 8-х классах лицея-интерната пос. им. М. Жукова.

Объем выборки составил 58 подростков в возрасте 12-15 лет, из них контрольную группу составили 22 здоровых подростка, первую экспериментальную группу – 18 подростков с психосоматическим расстройством сердечно-сосудистой системы, имеющих диагноз «вегетососудистая дистония» (соматоформная вегетативная дисфункция), и 18 подростков с психосоматическим расстройством желудочно-кишечного тракта, имеющих диагноз «хронический гастродуоденит».

В соответствие с поставленными задачами подбирался соответствующий блок методик. Для решения поставленных задач использовались: опросник «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса, шкала FACES-III (Шкала семейной адаптации и сплоченности) Д. Олсона, Дж. Портнера в адаптации А.Г. Лидерса, проективная методика «Семья животных» и генограмма семьи М. Боуэна.

Подводя итоги исследований, можно сделать следующие выводы:

1. Существуют психологические особенности семейной системы у подростков, страдающих психосоматическими заболеваниями, причем эта специфика проявляется в различных параметрах функционирования семьи.
2. Выделяя наиболее проявляющиеся дисфункции, можно отметить размытость психологических границ, чаще всего связанную с наличием «коалиции» в триаде, где присутствуют мать и ребенок. У участников коалиции выражены тревога и амбивалентные чувства, отмечается слияние во взаимоотношениях. Описанные дисфункции характерны для подростков как с расстройствами желудочно-кишечного тракта, так и сердечно-сосудистой системы.
3. Обнаружены различия в функционировании семейных систем с подростками, страдающими психосоматическими заболеваниями различных нозологических групп. Эти различия не касаются структурных параметров, а проявляются лишь на коммуникативном уровне. Так, у подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы репрезентация характера коммуникации в семейной системе носит более выраженный негативный характер. В представлении таких подростков эмоциональная коммуникация в их семье характеризуется высоким уровнем взаимной критики, избеганием открытых конфликтов, нарушением циркулирования информации (наличием «семейных секретов», сокрытием какой-либо информации), трудностями в выражении чувств. В то время как подростки с заболеваниями пищеварительной системы воспринимают коммуникацию в своей семье как более дистанцированную и отчужденную с негативно окрашенным взаимным восприятием.
4. На основании полученных результатов можно определить основные мишени психологической (психотерапевтической) помощи подросткам, страдающими психосоматическими заболеваниями. Прежде всего, это структурные нарушения в семейной системе. Психологическая помощь должна быть направлена на усиление вертикальных коалиций, восстановление проницаемых, но суверенных психологических границ подростка.

Семья как фактор обеспечения жизнестойкости детей с детским церебральным параличом

И. В. Тимофеева

(Уральский государственный университет физической культуры,
Екатеринбургский филиал, Екатеринбург, Россия)

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями физического здоровья находится в центре внимания ученых во всех развитых странах мирового сообщества. Одной из актуальнейших проблем современного человечества является проблема реабилитации, т.е. восстановления физического, психического и социального статуса лиц, состояние здоровья которых связано с физическими, психическими, правовыми, социальными ограничениями. Это обусловлено тем, что в настоящее время во всем мире растет количество таких детей, в частности детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Качество их жизни существенно страдает, а возможности полноценной адаптации в значительной степени зависят от социального окружения, прежде всего семьи.

Традиционно семья рассматривается как главный институт воспитания. То, что человек приобретает в семье, он сохраняет в течение всей последующей жизни. Важность семьи обусловлена тем, что в ней человек находится в течение значительной части своей жизни. В семье закладываются основы личности.

Семья – это тот микросоциум, в котором ребенок не только живет, но в котором формируются его нравственные качества, отношение к миру людей, представления о характере межличностных и социальных связей. Для обретения жизнестойкости ребенку с ограниченными возможностями необходима внутренняя опора – благожелательная обстановка в семье, малых группах, других общностях. Роль социальной поддержки особо подчеркивается в работе А. Мантин, который отмечает, что сопротивляемость зависит не только от состояния и особенностей личности, но и от наличия поддержки окружающих.

В отношениях с матерью, отцом, братьями, сестрами, дедушками, бабушками и другими родственниками у ребенка с первых дней жизни начинает формироваться структура личности.

У. Бронфенбреннер (Bronfenbrenner U., 1990), обобщая результаты многочисленных исследований, делает следующее заключение о значении семьи в развитии человека: «Для того чтобы развиваться – интеллектуально, эмоционально, социально и нравственно – ребенок нуждается в участии в прогрессивно усложняющемся взаимодействии, осуществляющемся на регулярной основе и на протяжении значительного периода жизни ребенка, с одним или несколькими людьми, с которыми у ребенка устанавливается сильная взаимная иррациональная эмоциональная связь и которые озабочены благополучием и развитием ребенка желательно на протяжении всей своей жизни». Подобные базовые условия для полноценного человеческого развития может создать только семья.

С одной стороны, главной характеристикой родительского отношения является любовь к ребенку, которая определяет целостное отношение к нему как к личности: доверие, радость от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие. Родители оказываются непосредственными участниками становления ребенка в борьбе с болезнью. С другой стороны, именно родитель оценивает его действия, осуществляет необходимые санкции, которые обусловлены определенными родительскими установками.

Семья рассматривается как системообразующая детерминанта в социально-культурном статусе ребенка, предопределяющая его дальнейшее психофизическое и социальное развитие. В исследованиях В.Р. Никишиной (2004) выявлено непосредственное влияние семейного фактора на особенности развития ребенка: чем сильнее проявляется семейное неблагополучие, тем более выражены нарушения развития у ребенка.

На развитие и формирование личности ребенка с ДЦП, с одной стороны, существенное влияние оказывает его исключительное положение, связанное с ограничением движения и речи; с другой стороны – отношение семьи к болезни ребенка, окружающая его атмосфера. Нельзя упускать из виду и отношение к болезни самого ребенка. Очевидно, что и на него существенным образом влияет обстановка в семье.

Исследования ученых показывают, что осознание дефекта у детей с ДЦП проявляется к 7-8 годам, связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны окружающих и недостатком общения. На сложившуюся ситуацию дети могут реагировать по-разному: ребенок замыкается в себе, становится чрезмерно робким, ранимым, стремится к уединению или, напротив, становится агрессивным, легко идет на конфликт. Личностные особенности детей, страдающих ДЦП, – результат тесного взаимодействия этих индивидуальных и социальных факторов. Следует заметить, что родители, при желании, могут смягчить фактор социального воздействия.

По мнению Л.С. Выготского, важнейшим теоретическим положением, определяющим роль социальных условий в психическом развитии ребенка, выступает положение о специфическом пути развития ребенка как особом процессе присвоения социально-культурного опыта во взаимодействии с миром взрослых. Социальная среда (в данном случае внутрисемейная атмосфера) выступает не просто как внешнее условие, а как источник развития ребенка. А. Н. Леонтьев отмечает, что в процессе взаимодействия ребенка со взрослыми возникают, развиваются и интериоризируются различные формы психической деятельности, зарождаются и формируются личностные качества.

Характер взаимоотношений ребенка с родителями обуславливает его эмоциональное благополучие и адекватность будущих отношений с социальной средой. Воспитательная значимость семьи особенно возрастает при формировании личности детей с ограниченными возможностями здоровья.

В результате рождения ребенка с отклонениями в развитии отношения внутри семьи, а также контакты с внесемейным окружением искажаются. Причины нарушений связаны с психологическими особенностями больного ребенка, а также с колоссальной эмоциональной нагрузкой, которую несут члены его семьи. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик.

После рождения ребенка с проблемами в развитии его семья, в силу возникающих многочисленных трудностей, становится малообщительной и избирательной в контактах. Одним из самых печальных последствий невозможности семьи адаптироваться к факту рождения ребенка с отклонениями в развитии является развод родителей, что оказывает отрицательное воздействие на процесс формирования личности.

Одно из положений теории семейных систем, где рассматривается структура человеческой семьи, М. Боуэн описывает под термином «ядерный эмоциональный семейный процесс». Изучив механизмы «ядерной семьи» в семьях, воспитывающих детей с ДЦП, мы выявили, что в контексте семьи на взаимоотношения родителей и ребенка оказывают влияние множественные факторы, среди которых на первый план выходят личностные особенности отца, матери и ребенка, специфика отношений матери и отца, а также влияние внесемейной среды. Важнейшей детерминантой отношений отца и матери ребенка с ДЦП, как показали исследования, является факт зарегистрированных супружеских отношений, повышающий взаимную ответственность партнеров. В неполных семьях и семьях, имеющих детей с ДЦП, осложненным нарушением интеллекта, как выявлено в нашем исследовании, высок риск психической дезадаптации родителя (одного или обоих).

Часто в связи с хронической психотравматизацией семейные связи ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности могут приводить к распаду семьи. Другим вариантом адаптации является постепенно возрастающее неравенство участия родителей в заботе о ребенке.

В хозяйственно-бытовом аспекте наибольшую фрустрированность испытывают одинокие матери, воспитывающие детей с ДЦП с сохранным интеллектом. Постоянное психоэмоциональное напряжение может приводить к развитию у матерей хронической тревоги, утомления, депрессии. Эмоциональные перегрузки вызывают определенные изменения в поведении и здоровье матери, что отражается на ребенке. Формируется замкнутый круг: болезнь ребенка вызывает стресс у матери, а последствия стресса усугубляют болезнь ребенка.

Отношение к ребенку с ДЦП, осложненным нарушением интеллекта, у матерей характеризуется акцентированием внимания не дефектах: матери, выражаясь словами Л.С. Выготского, «...видят в ненормальности только болезнь», подмечают «крупницы дефектов», не замечая «пудов здоровья». Мать меньше времени уделяет больному ребенку, все усилия направлены на «устройство» личной жизни. Возможно, неудовлетворенность семейным статусом и блокирование потребностей в личностном развитии способствует формированию у матери враждебности по отношению к ребенку, который явился источником жизненных трудностей.

С другой стороны, повышенная тревога родителя может приводить к возрастающей сензитивности и реактивности ребенка. В ряде случаев речь идет о симбиотических отношениях, препятствующих личностному развитию ребенка, фиксирующих его в зависимой позиции. Поведение ребенка направлено исключительно на достижение соответствия ожиданиям матери: он, например, ведет себя таким образом, чтобы оправдывать озабоченность или иной поведенческий стереотип матери по отношению к нему. Мать, в свою очередь, полностью подчиняет свою жизнь удовлетворению потребностей ребенка и поддержанию их тесной эмоциональной связи.

Таким образом, на успешность адаптации ребенка с ДЦП и его личностное развитие существенное влияние оказывает характер родительско-детских отношений. Отношение родителей к ребенку с ДЦП отличается противоречивостью: родители, с одной стороны, проявляют мягкость и терпение, с другой – раздражение и безучастность. Последствия неадекватного стиля воспитания и депривации различного типа в отношениях родителей и детей с ДЦП негативно скажутся на всех сферах жизнедеятельности ребенка.

Опыт применения танцевально-двигательной психотерапии в смешанной группе пациентов психоневрологического диспансера

Д. Ю. Толошинова

(ГУЗ «Городская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кашенко»,
Санкт-Петербург, Россия)

В последние годы получила интенсивное развитие внебольничная психотерапия. Развитие теоретических, практических и организационных предпосылок внебольничной психотерапии определяется все возрастающим значением учреждений частичной госпитализации в системе психиатрической помощи.

Диспансерный вид помощи имеет ряд несомненных преимуществ, так как оказывается в привычных для больных условиях. Не происходит отрыва от обычной социальной среды, а внебольничное обследование и лечение позволяют эффективно воздействовать на болезнь и улучшать социально-трудовую приспособляемость психически больных без последствий длительной госпитализации.

Тенденции развития внебольничной психиатрической помощи выражаются и в становлении реабилитационного направления, нацеленного на социальную реинтеграцию больного. Для решения вопросов профессиональной адаптации и ресоциализации пациентов на базе лечебно-производственных мастерских создаются профессионально-реабилитационные комплексы.

В качестве комплексного метода лечения на базе реабилитационных центров используется фармакотерапия, индивидуальная, групповая, семейная психотерапия, а также арт-терапия, музыкальная, танцевальная терапия и другие виды лечения.

В данной статье мы рассмотрим опыт применения танцевально-двигательной психотерапии в смешанной группе пациентов реабилитационного центра психоневрологического диспансера города Санкт-Петербурга, где психотерапевтическая помощь оказывается больным с широким спектром психических расстройств.

Общей целью танцевальной психотерапии в клинической практике является минимизация патологической симптоматики за счет коррекции двигательных, эмоциональных, поведенческих и межличностных нарушений в результате психотерапевтического использования танца и движения (Оганесян Н.Ю., Толошинова Д.Ю., 2009). При этом проведение танцевальной терапии в диспансере будет иметь свои характерные особенности. Стационарный этап танцевальной психотерапии направлен прежде всего на восстановление нарушенных невербальных коммуникаций, развитие моторики и пространственной ориентации, коррекцию ассоциативного ряда. На амбулаторном же этапе на первый план для пациентов выступают значимые отношения в социуме (Оганесян Н.Ю., 2009).

Основные задачи танцевальной психотерапии в ПНД: моторная активизация, коррекция и поддержка коммуникативных навыков у пациента, развитие самостоятельности и самоорганизации, коррекция самооценки. Второстепенные задачи: создание дополнительной мотивации к посещению диспансера, занятость пациентов за счет вовлечения в активную деятельность.

Настоящее исследование было проведено на базе реабилитационно-трудового центра ПНД № 8 г. Санкт-Петербурга. *Цель:* исследование возможностей применения танцевально-двигательной психотерапии в ПНД, и оценка ее эффективности в смешанных группах пациентов при диспансерном наблюдении.

Материалы исследования: Для проведения исследования совместно с психологами и врачами центра была сформирована следующая группа из 6 пациентов: больной параноидной формой шизофрении (56 лет), два больных (27 и 33 года) с диагнозом олигофрения в стадии дебильности; одна больная с шизоаффективным расстройством (31 год), больная с диагнозом олигофрения в стадии дебильности (27 лет), больная с расстройством личности (22 года).

Методы исследования: клинико-психологический; методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, «Личностный дифференциал»; проективные методики «Звезды и волны» Урсулы-Аве Лаллемант и «Какого я цвета» Н.Ю. Оганесян; наблюдение, интервью.

Исследование проходило по следующему плану.

1. Получение результатов первого тестирования по вышеперечисленным методикам.
2. Проведение 10 сессий танцевальной психотерапии, повторное тестирование, диагностика эффективности. Внесение необходимых коррективов в разработанную программу танцевальной терапии, связанных с личностными особенностями пациентов. Конкретизация целей для каждого участника танцевально-терапевтической группы в рамках патологии.
3. Проведение последующих 10 сессий терапии. Заключительное тестирование. Подведение итогов всех полученных результатов.

Для работы с данной группой пациентов было структурировано и проведено 20 танцевально-терапевтических сессий длительностью 1 час, два раза в неделю. В работе использовались основные техники и приемы танцевально-двигательной психотерапии.

Первые 10 сессий были направлены на активизацию моторики, установление доверительных отношений между терапевтом и участниками группы, повышение уверенности участников в себе, коммуникативную активацию, принятие и поддержку друг друга, сплочение группы. Для решения этих задач наилучшим образом подошла техника работы с телом (расширение двигательного репертуара, работа с пространством, координацией), кинестетическая эмпатия, ритмическая групповая активность, групповой круговой танец, танцевальная игра.

На последующих 10 сессиях танцевально-двигательной психотерапии наряду с вышеперечисленными задачами велась работа над коррекцией поведенческих паттернов и эмоциональных переживаний участников группы. Были применены такие танцевальные техники, как спонтанный танец, индивидуальная и групповая импровизация, парный танец, тематические танцы и работа с образами.

Полученные результаты. До танцевальной терапии у 4 членов группы отмечался низкий уровень самооценки, критическое отношение к себе, неудовлетворенность собственным поведением, у 2 пациентов диагностировалась завышенная самооценка, что могло свидетельствовать о личностной незрелости, неумении правильно оценить результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими. Кроме того, завышенная самооценка могла указывать на «закрытость для опыта», нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих (по методике «Дембо-Рубинштейн» и «Личностный дифференциал»).

Интерпретируя результаты проективного метода «Звезды и волны», можно отметить наличие тревожных и агрессивных тенденций у всех членов группы, а также нарушение пространственных ориентаций у некоторых участников. У трех пациентов отмечались субдепрессивное настроение, высокий уровень конфликтности и агрессивности в бытовых условиях.

В результате применения танцевально-двигательной психотерапии в течение десяти недель в системе амбулаторной реабилитации были получены следующие результаты. По методикам «Дембо-Рубинштейн», «Личностный дифференциал» после танцевально-двигательной терапии отмечается коррекция уровня самооценки у 4 участников до среднего и высокого уровня принятия. У 2 пациентов наблюдалась незначительная динамика показателей.

Интерпретация проективного метода «Звезды и волны» дала основания говорить о снижении уровня тревожности и агрессивности у всех членов группы, а также о коррекции пространственных отношений рисунка. У большинства членов группы отмечалась гармонизация общей картины и концентрация на образах реальности.

Результаты, полученные по методике «Какого я цвета», говорят о восстановлении энергетического потенциала пациентов, спокойном цветовом восприятии и улучшении пространственной ориентации.

В процессе терапии у пациентов улучшалось самочувствие, снижался уровень ситуационной тревожности, поведенческой конфликтности, нормализовался общий фон настроения, восстанавливался адаптивный поведенческий стереотип.

Танцевально-двигательная психотерапия уже доказала свою эффективность в условиях психоневрологического стационара (Oganessian N., 2010; Оганесян Н.Ю., Толошинова Д.Ю., 2009; Риковская

В.Б., 2008). На международной конференции, посвященной ста двадцати пятилетию Московского психологического общества, Н.Ю. Оганесян (2010) выступила с докладом об особенностях влияния групповых и индивидуальных форм танцевально-двигательной психотерапии на психомоторику больных с психической патологией при диспансерном наблюдении. А результаты, полученные в настоящем исследовании, подтверждают, что данный вид невербальной психотерапии может успешно применяться на этапе амбулаторного лечения, что требует дальнейшего изучения на основе практического применения.

Для достижения психотерапевтического эффекта, направленного использования танцевальных техник и приемов, целенаправленного составления и структурирования танцевально-двигательных сессий, внесения своевременных коррективов в разработанную программу терапии с учетом конкретной патологии этот метод психотерапии должен применяться лишь подготовленными специалистами, прошедшими соответствующее обучение (переобучение) (www.spbadmt.ru).

Резюмируя, необходимо отметить, что танцевально-двигательная психотерапия в комплексном лечении больных психоневрологического диспансера позволяет снизить процент регоспитализации таких пациентов, что особенно актуально в современных условиях недостаточного финансирования медицинских учреждений, сокращения койко-мест и увеличения числа пациентов психоневрологического круга, получающих лечение в учреждениях частичной госпитализации.

Исследование механизмов психологической защиты у медицинских работников, взаимодействующих с фактором смерти в профессиональной деятельности

Н. Д. Узлов

(Березниковский филиал Пермского государственного университета, Березники, Россия)

Анализ научных публикаций показывает, что у медработников очень сильны впечатления, чувства, связанные с умирающими больными и самим фактом их смерти. Все, что связано со смертью больных, представляет серьезную психическую нагрузку для медперсонала. Причем характер реагирования может быть разным. Некоторые медики вместе со своими больными надеются, верят, ждут: а вдруг все-таки можно помочь? Другие пытаются отстраниться от страхов, как только больного коснется «дыхание смерти». Некоторые перекладывают ответственность на самих больных: они сами виноваты со своей смерти («зачем столько пил?», «почему вовремя не обратился?»). И, наконец, около трети медработников вообще не занимает этот вопрос: страха смерти они «никогда не чувствовали», не отмечали (Клюев А.Г., 1993; Гнездилов А.В., 1995 и др.).

Цель настоящего исследования – изучение механизмов психологической защиты (МПЗ) у медицинских работников, взаимодействующих с фактом смерти в их профессиональной деятельности.

Выборка составила 90 человек: *1-я группа* – медработники ургентной службы (УС) – врачи, фельдшеры и медсестры скорой помощи, реанимации, анестезиологии, неотложной хирургии, травматологии (в их профессиональной деятельности отмечается высокая вероятность смертельного исхода для пациента, часты случаи смерти); *2 группа* – работники морга (РМ) – судмедэксперты, патологоанатомы, санитары, технические работники, непосредственно имеющие дело с фактом смерти; *3-я группа* (группа сравнения, ГС) была представлена служащими – менеджерами и продавцами торговых точек, операционистами и экономистами банков, бухгалтерами, программистами, работниками отделов кадров (все они имели опыт столкновения со смертью родственников, близких и др.). Каждая группа включала по 15 мужчин и 15 женщин, возраст испытуемых 25–47 лет, образование высшее или средне-специальное, стаж работы по специальности – от 5 до 11 лет. В работе использована методика «Индекс стиля жизни» Келлермана – Плутчека – Конте (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е. Б. и др., 1999), результаты которой сопоставлялись с данными проективной методики «Рисунок смерти» (Узлов Н.Д., Пантелеева Е.Н., 2010).

Анализ ведущих механизмов психологической защиты (МПЗ) у обследованных групп показал, что для врачей УС в большей степени характерны такие защиты, как «замещение» (20%) и «рационализация» (27%), для работников морга – «рационализация» (37%). В группе сравнения преобладающими механизмами были «вытеснение» (20%), «гиперкомпенсация» (17%) и «замещение» (13%). При этом оказалось, что вытеснение характерно в основном для женщин, компенсация и рационализация – для мужчин.

У обладателей выраженного МПЗ «вытеснение» в рисунках преобладали изображения трупа (согласуется с символом трупа в психоанализе – признаком вытеснения), которые отсутствовали у носителей других доминирующих типов МПЗ.

Статистически значимых различий в представленности тех или иных психологических защит между группами медицинских работников не выявлено, однако такие различия установлены между группами УС и офисными служащими по параметрам «регрессия» ($p < 0,001$), «сверхкомпенсация» ($p < 0,001$), «рационализация» ($p < 0,01$); и между работниками морга и ГС: «регрессия» ($p < 0,001$), «компенсация» ($p < 0,01$), «сверхкомпенсация» ($p < 0,001$), «рационализация» ($p < 0,001$). У медицинских работников оказались почти не представленными такие МПЗ, как «регрессия» и «сверхкомпенсация (реактивное образование)».

В соответствии со структурной теорией механизмов защиты Р. Плутчека о противопоставлении каждой из восьми базовых эмоций соответствующему МПЗ, оказалось возможным проследить наличие тех или иных эмоций в рисунках испытуемых. Так, «вытеснению» сопутствовали прорисованные или большие заштрихованные глаза (маркер страха). Маркерами «замещения» выступали рисуночные признаки гнева и агрессии – режущие предметы, зубы, клыки, заостренные углы. «Рационализация» связывалась с тревогой (массивная, частая штриховка, прерывистые линии). Признаки депрессии в рисунке (его смещение в нижнюю часть листа, отрезка) указывали на компенсацию.

Большинство образов смерти, вне зависимости от частоты «встречи с ней», несли в себе традиционные атрибуты и представления о смерти, принятые в обществе, в религии и искусстве. Причем культурный образ и связанные с ним негативные эмоции ужаса, фатальности, неизбежности, драматизма в большей степени были характерны для представителей групп УС и ГС. Работникам морга были более свойственны изображения материальных «причин» смерти или ее фактов, отмечалась низкая степень выраженности эмоций и отсутствие драматичности.

В целом анализ рисунков показал некоторые различия между представителями всех категорий респондентов: рисунки медицинских работников были более «просты», их можно объединить в большее количество категорий, уменьшена доля эмоционального и увеличена доля когнитивного компонента. Вместе с тем, у медработников УС выявлена подверженность депрессии, снижению настроению, эмоциональной нестабильности, тревоге. Их образы смерти тяготели к неопределенности, символизации и мистицизму.

У работников морга «уровень энергии» в рисунках был в целом выше, менее выражены признаки тревоги и депрессии; наблюдалась ориентация на активное, деятельное настоящее и будущее.

Рисунки офисных служащих (ГС) не отличались разнообразием форм, однако представленные фигуры были большого размера. Они казались более страшными, угрожающими, темными. Чаще использовалась штриховка. Указанные признаки подчеркивают большую значимость, драматичность темы смерти для людей, которые с ней не сталкиваются «лицом к лицу» повседневно, их страх перед ней, с их слов, ощущение «чего-то великого», «ужасного», «неподвластного разуму и человеку».

Использование концепции Р. Плутчека позволило объяснить включенность тех или иных МПЗ. Как было указано выше, преобладающим типом защиты у медиков УС являлось замещение. Р. Плутчек рассматривает его как способ справиться с нарастающим чувством гнева, ярости, злости в случае, когда аффективно заряженные реакции не могут быть направлены на более сильный, значимый или статусный объект, каким, безусловно, является сама Смерть. Замещение снимает напряжение, направляя гнев на более слабый одушевленный или неодушевленный объект или на самого себя (Романова Е.С., 1996). Исходя из данных клинической беседы, гнев и раздражение у респондентов группы УС, особенно работников скорой и неотложной помощи, возникали как реакция на: а) неправильное поведение пациента, приведшее его к болезни и смерти («...ничего было водку пить!...»); б) позднее обращение в медицинское учреждение, особенно в случаях со смертельным исходом; в) нежелание пациента лечиться, рентные установки, манипулятивное поведение; г) сокрытие анамнеза («...я не знаю, почему болит, ничего опасного не пил, не ел...»), на самом деле принимал суррогаты алкоголя или наркотики); д) невыполнение предписаний врача (пациент складывает таблетки в тумбочку, вместо того чтобы их принимать); е) ложные вызовы и вызовы без достаточных оснований и другие подобные ситуации. Таким образом, данная категория медицинских работников в ситуации смерти пациента склонна к экстрапунитивным реакциям с фиксацией на самозащите (по С. Розенцвейгу). В их рисунках, однако, наличествует тревожно-депрессивный оттенок, что не противоречит ряду теоретических положений и клиническим данным о связи реактивной агрессии и депрессивности (Драгунская Л.С., 1983, 1990; Изард К., 1999; Алексеева А.А., 2005 и др.).

Точно так же можно объяснить частое использование «рационализации» работниками морга и врачами-хирургами. Данный МПЗ Р. Плутчек объясняет постоянно присутствующими эмоциями ожидания или предвидения негативных результатов своих действий либо действий окружающих. Как указывает В.Г. Каменская (1999, с.100), «эта защита «готовит» личность к неудачам и неудачам, снижая субъективную значимость события и, тем самым, снижая травматичность негативных жизненных обстоятельств». Результатом становится произвольная схематизация и истолкование событий для развития чувства субъективного контроля над любой ситуацией, позволяющая сохранить «Я-концепцию». Включенность механизма «рационализации» дает возможность реагировать на ситуацию спокойно, взвешенно, оценивая те события, которые к ней привели (в т.ч. и смертельные исходы), без гнева или агрессии против себя или других, т.е. импунитивно.

Для испытуемых ГС ведущим механизмом психологической защиты выступало «вытеснение». В психоаналитических теориях его функция рассматривается в качестве регулятора остро возникающего чувства страха, которое при неэффективном действии защиты легко трансформируется в отрицательно заряженный аффект, достигающий уровня панической реакции, в данном контексте – страха собственной смерти. Использование вытеснения для блокирования чувства страха смерти активно задействует инстинкт самосохранения. Немедику легче отстраниться от смерти, чем врачу, который каждодневно рискует встретиться с ней. Однако реагирует он на ее присутствие включением одного из самых неблагоприятных, невротизирующих МПЗ – вытеснением. Отсюда, по-видимому, вытекает трагизм ситуации, связанный с неподготовленностью современного человека к встрече со смертью, что обусловлено потерей культурных и религиозных традиций, связанных с умиранием, совершением обрядов прощения и прощания и др. (Узлов

Н.Д., 2000). Незавершенность отношений с умершим довольно часто приводит к формированию чувства вины, депрессии, неправильной работе горя.

Полученные нами данные показывают, что медицинские работники, взаимодействующие с фактором смерти в профессиональной деятельности, преимущественно используют зрелые (высшие) психологические защиты, такие как замещение и рационализация. Отсутствие «проекции», которая, как известно, регулирует эмоцию отвращения и подозрительность как черту поведения, и «реактивного образования», формирующего определенный человеческий тип, описываемый в терминах «пуританин», «ханжа», «лицемер», «пустосвят», «двуличный» (Каменская В.Г., 1999), позволяет говорить не только об эффективности защитных механизмов, но и, в известной степени, о нравственном и психическом здоровье личности обследованных медработников в целом.

Нами (Узлов Н.Д., Пантелеева Е.Н., 2010) выделено три психотипа медицинских работников, различающихся по характеру отношения к смерти.

«Прагматик». Это человек действия, материалист, обладающий аналитическим умом, логическим способом мышления. Уверен в себе, в своей работе опирается на опыт и факты. Предпочитает выверенные методы, действует по алгоритму, заданной технологии, внимателен, точен. Исключает неоправданный риск. Стремится всегда контролировать ситуацию, принимает на себя ответственность. Может проявлять жесткость, категоричность в суждениях, в общении недостаточно гибок, часто прямолинеен. Обладает чувством юмора, нередко циничен. Подвержен эмоциональному выгоранию (по параметру деперсонализации), формированию аддикций. Часто использует алкоголь как средство разрядки и снятия стресса. Ведущим МПЗ является «рационализация». Смерть своих пациентов воспринимает диссоциированно, без глубокой эмоциональной включенности. Указанный психотип выявлен у 33% медработников УС и 70% работников морга. Встречался только у мужчин – оперирующих хирургов и патологоанатомов с большим опытом практической работы.

«Скептик». Осторожный в своих действиях, часто нерешительный, пессимистически настроенный, строящий негативные прогнозы на будущее человек. Склонен к рассуждательству, морализаторству. Исключает риск. Исполнителен, но не стремится проявлять инициативу. Действует в границах своих обязанностей и компетентностей. Верит в «высшую силу», иногда заявляет о своих религиозных чувствах, но не искренен в вере. Любимая фраза: «Я так и знал, что этим все кончится!». Не стремится к саморазвитию. Подвержен выгоранию по параметру «эмоциональное истощение». Чаще использует психологическую защиту более низшего уровня – «вытеснение». Его отношение к смерти «не проработано», наполнено страхом в момент ее наступления у пациентов, с последующим быстрым отстранением; нередко смерть воспринимается как лично значимый для медработника факт. Данный психотип определен у 17% специалистов УС и 7% работников морга, без каких-либо половых или профессиональных диспозиций.

«Оптимист». Это во всех отношениях достаточно гибкий человек, легко приспосабливающийся под ситуацию либо приспосабливающий ее под себя. Оптимистично настроен, надеется на успех. Склонен рисковать, действовать до конца, используя все возможности. Обладает амбивертным, либо интернальным локусом контроля. Эмоционально устойчив, владеет собой, общителен, доброжелателен, эмпатичен. В работе инициативен, быстро принимает решения, конструктивен. Менее подвержен эмоциональному выгоранию, чем представители двух предыдущих типов. В равной степени использует МПЗ «замещение» и «рационализацию». В отношении к смерти выработан своеобразный когнитивный компромисс: «встреча со смертью – неотъемлемая составляющая профессии, я сделал(а) все, что возможно, честно выполняя свой профессиональный долг, и переживания по поводу смерти больного не должны выбивать меня из привычной жизни». Данный психотип был представлен у 50% специалистов УС и 23% работников морга, а у работников скорой и неотложной медицинской помощи встречался главным образом у женщин.

Особенности механизмов психической саморегуляции у беременных женщин, употребляющих табак

О. А. Харьковца

(Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия)

При наступлении беременности у женщин включаются механизмы психической саморегуляции, направленные на сохранение гестации, создание условий для развития плода. Они формируют отношение женщины к настоящей беременности и ее поведенческие стереотипы (Добряков И.В., 1996). Семейное положение, готовность к изменению образа жизни (в том числе отказу от табакокурения) и пр. во многом предопределяют особенности механизмов психической саморегуляции, проявляющихся в тех или иных типах психологической компоненты гестационной доминанты (ПКГД).

Целью исследования явилось изучение особенностей ПКГД у беременных женщин с никотиновой зависимостью (НЗ).

Материал и методы исследования. В поперечном исследовании приняли участие 323 женщины в третьем триместре беременности. Обследованные находились на стационарном лечении или предродовой подготовке в родильных домах г. Архангельска. Контрольная группа включала 165 женщин, не курящих до

и во время беременности («некурящие»). Сбор данных осуществлялся с помощью клинико-психологического метода определения типа ПКГД, теста Фагерстрема для установления степени НЗ и анкетного опроса для выяснения социального статуса беременных женщин. Статистический анализ был выполнен с помощью критерия Манна-Уитни и логистического регрессионного анализа.

Основная группа включала 158 женщин, курящих до и во время беременности: 81 курила на протяжении всей беременности («курящие») и 77 – курили ранее, но отказались от табакокурения в первом триместре гестации («отказавшиеся»). В группе «курящих» 45 чел. (62,5%) имели слабую степень никотиновой зависимости (НЗ) и 27 чел. (37,5%) – среднюю.

Результаты исследования и их интерпретация. Анализ эмпирических данных показал, что преобладающим элементом в структуре гестационной доминанты явился оптимальный, который отличался у беременных женщин в зависимости от табачного анамнеза ($p=0,008$). Так, некурящие женщины в период гестации не высказывали излишней тревоги по поводу беременности и предстоящих родов, факт беременности не вызывал у них сильных и длительных отрицательных эмоций, в отличие от курящих ($p=0,007$). У отказавшихся от табака в I триместр беременности наблюдалось повышение эйфорического элемента по сравнению с курящими ($p=0,047$). Нередко беременность становилась у них способом манипулирования, средством изменения отношений с супругом (партнером) посредством декларирования чрезмерной любви к будущему ребенку; в качестве доказательства последнего они с легкостью отказывались от употребления табачных изделий без помощи специалиста. У курящих женщин статистически выше был депрессивный элемент ПКГД по сравнению с некурящими или отказавшимися ($p<0,001$ и $p=0,045$, соответственно), что проявлялось резко сниженным фоном настроения, а также игнорирующим и тревожным стилем переживания беременности.

Нами был выполнен логистический регрессионный анализ, где в качестве зависимой переменной были данные, отражающие анамнез табакокурения: «курящие – отказавшиеся от табака беременные», «курящие – некурящие женщины» и «отказавшиеся от табака – некурящие».

Отказавшиеся от табака беременные женщины имели в 1,275 раза выше эйфорический элемент ПКГД и в 2,293 раза ниже – депрессивный ($p=0,046$ и $p=0,039$, соответственно) по сравнению с курящими. Однако после коррекции на семейное положение данная взаимосвязь стала статистически незначима. Схожая ситуация наблюдалась и в ходе использования зависимой переменной «курящие – некурящие».

Как до коррекции на семейное положение, так и после нее вероятность выраженности того или иного элемента ПКГД в группе «отказавшиеся от табака – некурящие» кардинально не изменилась. Оказалось, что независимо от семейного положения некурящие беременные имели в 1,410 раза выше показатель оптимального элемента ПКГД ($p=0,006$) и в 1,942 ниже – тревожного ($p=0,003$) по сравнению с женщинами, отказавшимися от табака в I триместре.

Таким образом, тип ПКГД обусловлен не только анамнезом табакокурения женщины, но и ее семейным положением, в связи с чем группой риска депрессивного и тревожного типа ПКГД, как правило, являются беременные женщины, не состоящие в браке и злоупотребляющие табаком, что необходимо учитывать при курации женщин гестационного периода.

Связь личностных характеристик и особенностей внутренней картины болезни при химических аддикциях

А. Г. Яворская, С. А. Корнеева

(Белгородский государственный университет, Белгород, Россия)

Являлась актуальной во все времена, на сегодняшний день проблема психологической зависимости оказалась одной из первоочередных. Глобальная аддиктивность, девиантзация общества определяют необходимость новых подходов к изучению и профилактике традиционных и вновь возникших аддикций, из которых традиционно к наиболее распространенным относятся химические формы зависимости – алкоголизм и наркоманию. В настоящее время психология аддиктивности все в большей степени приобретает самостоятельный статус благодаря накоплению обширных данных о психологических характеристиках разнообразных форм и типов аддиктивного поведения, его психологических механизмах, способах профилактики, психокоррекции и реабилитации пациентов.

К одной из наиболее значимых и малоразработанных проблем современной психологии зависимости относится проблема связи зависимого поведения и преморбидных личностных особенностей.

Личностные особенности являются устойчивой характеристикой человека, своеобразной «линзой», отражаясь и преломляясь в которой объективный окружающий мир и внутренние ощущения становятся субъективными, приобретая специфические для каждого типа ценности, личностно значимые акценты, вызывая различные эмоции и чувства. Личность проявляется в любой человеческой деятельности, влияя на межличностное взаимодействие и самоотношение, опосредуя поступки и поведенческие реакции в различных жизненных ситуациях, в том числе и в ситуации заболевания. К числу важнейших клинико-психологических феноменов, неразрывно связанных с личностными особенностями, формирующихся при их непосредственном участии, относится внутренняя картина болезни, которая имеет большое значение в

процессе социально-психологической реабилитации зависимых. Вслед за Р.А. Лурия, под внутренней картиной болезни мы понимаем «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Она является психологическим эквивалентом сознания болезни и характеризует его критическую оценку.

Исходя из этого, проблема нашего исследования звучит следующим образом: какова связь личностных характеристик и особенностей внутренней картины болезни при химических формах аддиктивного поведения?

Исследование проводилось на базе ОГУЗ «Областной наркологический диспансер». В работе приняли участие 30 пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Возрастной диапазон испытуемых – от 19 до 54 лет, средний возраст составил 30-37 лет. На основе критериев классификационной системы МКБ-10 диагностировались хронический алкоголизм (средняя стадия) и опийная наркомания; стаж заболевания колеблется от 2 до 20 лет.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики: методика качественной и количественной оценки нарушений сознания наркологической болезни (авт. Демина М.В.); «Личностный опросник Бехтеревского института» (ЛЮБИ) (авторы методики - сотрудники Бехтеревского института, 1983 год); методика Мини-Мульт; модифицированная методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; метод цветowych выборов М. Люшера (модификация Л.Н. Собчик).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрических критериев: U-критерия Манна-Уитни, критерия ϕ^* – углового преобразования Фишера. При анализе данных также был использован факторный анализ.

По результатам факторного анализа личностных показателей и показателей, характеризующих внутреннюю картину болезни у зависимых, было выделено 7 значимых факторов.

В первый фактор вошли следующие показатели: сенситивный, тревожный, ипохондрический, неврастенический типы отношения к болезни, показатели по шкале психастении, ипохондрии, шизоидности, а также показатель интенсивности тревоги. Данный фактор собрал в себе показатели, описывающие тревожность, мнительность, низкую переносимость дискомфорта при высокой фиксированности на болезненных ощущениях, а также сенситивность к средовым воздействиям и страх недостаточного признания и пренебрежительного отношения со стороны окружения. В целом фактор объединяет тревожно-астенический паттерн отношения к болезни.

Второй фактор включает такие показатели, как апатический тип отношения к болезни (с отрицательным знаком), степень удовлетворенности собой, уровень актуальной самооценки, зрелость отношения к ценностям. Фактор может рассматриваться как конструкт, описывающий такой паттерн поведения в ситуациях заболевания, который характеризует осознанное отношение к болезни и необходимости лечения, субъективную значимость для больного происходящих с ним изменений. При этом в качестве условий, сопутствующих формированию данного типа отношения к болезни, выступают высокий уровень самооценки, четкое осознание своих возможностей, зрелое отношение к самостоятельно выработанным ценностям.

В третий фактор вошли следующие показатели: эргопатический тип отношения к болезни, гармоничный тип отношения к болезни, уровень идеальной самооценки по шкале «Здоровье», а также по всем шкалам в среднем, степень удовлетворенности собой по шкале «Здоровье». Данный конструкт объединяет показатели, описывающие два наиболее зрелых, адекватных типа отношения к заболеванию, характеризующиеся стремлением содействовать успеху лечения, переключением интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному, в частности на работу. При этом уровень притязаний остается высоким, а низкая степень удовлетворенности собой преодолевается успехами в тех сферах деятельности, в которых проявляется активность пациентов.

Четвертый фактор объединяет такие показатели, как паранойяльный тип отношения к болезни, показатель по шкале паранойяльности, что подтверждает результат корреляционного анализа и позволяет выделить конструкт, описывающий паранойяльное отношение к болезни.

Показатели, входящие в пятый фактор: эйфорический тип отношения к болезни и близость к гипертимному типу личности также отражают закономерную корреляцию. Данный фактор расширяет и уточняет эйфорический тип отношения к болезни.

В шестой фактор вошли показатели по шкалам истерии, депрессии, ипохондрии, общий показатель по клинической оценке переживания наркологической болезни, эгоцентрический тип отношения к болезни, а также гармоничный тип отношения к болезни (с отрицательным знаком). Данный фактор объединяет показатели, описывающие эгоцентризм, стремление пациента показать свою исключительность, в том числе в отношении болезни, демонстративность, использование болезни в личных целях, фиксированность на состоянии здоровья, сенситивность, неудовлетворенность собой и своими возможностями, отсутствие адекватной оценки собственного состояния, наличие нарушений сознания наркологической болезни. Таким образом, фактор уточняет эгоцентрический паттерн отношения к болезни.

Седьмой фактор содержит следующие показатели: анозогностический тип отношения к болезни, уровень актуальной и идеальной самооценки по шкале «Оптимизм». Объединенные показатели позволяют уточнить анозогностический паттерн отношения к болезни, для которого характерны активное отбрасывание

мысли о болезни, отрицание очевидного в проявлениях болезни, отказ от лечения. При этом сопутствующими данному типу отношения к болезни оказываются такие особенности, как высокий уровень оптимизма, взгляд на жизнь с позитивной точки зрения, уверенность в лучшем будущем.

Факторный анализ позволил нам подтвердить предположение о связи между различными особенностями внутренней картины болезни и личностными характеристиками наркозависимых, а также уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни на основе выделения конструкторов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных.

Обобщая результаты проведенного исследования, можно сделать ряд выводов:

1. Наиболее часто встречаемыми типами отношения к болезни среди пациентов обеих групп являются неврастенический, ипохондрический, тревожный и паранойальный типы.
2. Нарушения сознания болезни у пациентов с химическими аддикциями характеризуются как незначительные. Различия между особенностями переживания болезни пациентами с алкоголизмом и наркоманией касаются главным образом характера переживания вреда болезни: больные алкоголизмом переживают болезнь как угрозу психическому здоровью и предпринимают попытки противостоять болезни, большинство больных наркоманией остаются на уровне констатации физических осложнений.
3. В изучаемой выборке преобладают черты характера, стили поведения и общения, близкие к ипохондрическому, психастеническому и шизоидному типу. При этом полученные нами данные высокой с долей вероятности объясняются временем и спецификой ситуации обследования, так как все пациенты на момент диагностики находились в абстинентном синдроме, для которого характерны состояния дискомфорта, беспокойства, повышенного внимания к вегетативным нарушениям, высокий уровень тревожности. Среди больных наркоманией наиболее высокие средние баллы выявлены также по шкалам депрессии и психопатии.
4. Для пациентов характерны средний уровень актуальной самооценки, высокий уровень идеальной самооценки, низкая степень удовлетворенности собой, интегрированности осознанного и неосознаваемого уровней самооценки, эмоциональная неустойчивость и незрелость отношения к ценностям.
5. В результате проведения факторного анализа мы получили возможность уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни путем выделения конструкторов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных. На основе личностных особенностей нами было дополнено описание ипохондрического, эгоцентрического, меланхолического, паранойального, апатического, анозогнозического типов отношения к болезни. Кроме того, выделены конструкторы, описывающие тревожно-астенический паттерн отношения к болезни, паттерн отношения, характеризующийся высоким уровнем осознанности болезни и признанием необходимости лечения, конструктор, описывающий гармонический и эргопатический типы – два наиболее зрелых, адекватных типа отношения к заболеванию, характеризующиеся стремлением содействовать успеху лечения.

Таким образом, проведенное исследование позволило уточнить и расширить описание различных типов отношения к болезни на основе выделения конструкторов, описывающих внутреннюю картину болезни и личностные характеристики наркологических больных.

Sensory Processing Difficulties: Helping Young Children To Cope

L. Y. Smith

(EI program of Illinois, Glencoe, IL USA)

Early Intervention program is a state run program that provides services for young children (0-3 years old) with special needs and developmental delays. Referrals are usually done by pediatricians or concerned family members. There are few areas of evaluation during assessment process: cognitive, social-emotional, adaptive, gross motor, fine motor, receptive language and expressive language. Some of the services are: speech therapy, developmental therapy, physical therapy, occupational therapy that addresses those areas of concern. In order to qualify for the services child must have developmental delay of 30% or more. Sensory processing difficulties often results in contributing to developmental delays and the ability to reach milestones in young children. Based on our observations and evaluations results we found that 73% of participants in the program had some kind of **sensory processing** issues. Only 19% of those children have had medical diagnosis that was the main reason for developmental delay.

Sensory integration is a neurological process, enabling us to take in and make sense of many different kinds of sensation coming into the brain from our bodies and the world. The ability to make adaptive responses is dependent upon adequate sensory processing.

Williamson and Anzalone identify five components that help to explain how sensory processing occurs. These components are: sensory registration, orientation, interpretation, organization of a response, execution of a response.

Children who have sensory processing difficulties might over-register or are hyper-responsive to sensory stimulation. They might be overly attentive to sounds because they can hear sounds that we typically don't. Others might report that certain texture of clothes feels as rough as sandpaper. Children may also under-register sensory

information. They may not feel wetness of their clothes or pain like other people and may only respond when sensory stimulation is highly exaggerated.

There is correlation between sensory processing difficulties and emotional and behavior disorders. For example Greenspan and Weider reviewed the sensory processing patterns of 200 children with diagnoses of autism spectrum disorder. They found that 94% of the children exhibited unusual sensory processing patterns (39% were under-reactive, 19% were over-reactive, and 36% exhibited mix of over- and under-reactivity).

However it is important to remember, that a lot of children (up to 67% according to John Lavigne study, based on short sensory profile) have only sensory processing disorder (SPD) or as we are referring here – sensory processing difficulties. At the same time SPD and emotional and behavioral problems often occur hand in hand.

In order to determine where the child is having difficulty with sensory processing, we need to look at every sensory system. Sensory screening usually include: vestibular system, tactile system, proprioceptive system, visual system, auditory, olfactory (smell) and gustatory (taste) system. Most common areas of dysfunction (based on our experience) are: vestibular, tactile, proprioceptive and auditory system.

Children who overreact to vestibular sensations are very fearful with any changes in gravity and position. The desire to avoid movement has a negative effect on physical exploration of the environment. When a child does not explore the environment, gross, fine motor and adaptive skills are not practiced and can be delayed.

For children with tactile dysfunction many touch sensations are perceived as threatening and something to be avoided. Poor tactile discrimination can contribute to problems with body awareness and motor planning. Children may refuse to learn some self-help skills and activities such as teeth brushing, hair brushing and washing. They also might avoid playing with toys that have unpleasant texture and wearing clothes made from certain fabric.

Children with difficulties in processing proprioceptive input are struggling when playing with toys because they are unsure how to adjust their bodies to appropriately move or adjust toy parts. Proprioceptive dysfunction is usually accompanied by problems with vestibular and tactile systems.

Auditory dysfunction might result in delays in language development because children have difficulty understanding or attending to what was said and have trouble differentiating certain sounds or words. Children have difficult time filtering noise at home or in educational settings and have high distractibility in their attention span.

Individual treatment plan is developed for each child by the team of professionals, who are involved in child's therapy. Outcomes for the therapeutic interventions are developed together with the family.

When working with developmental delays it is important to consider some strategies that might help to overcome sensory issues. Some of the strategies are: sensory diets; reconsideration of choice for material, used for toys, type of toys, building motivation for achievement by using preferable themes and activities, gradually increasing level of complexity of the tasks, decreasing sensitivities by graduate exposer, redirecting unwanted interest, using preferred channels of information (visual instead of auditory and etc.).

A healthy sensory diet is applied during therapy intervention because by controlling what children take in through their senses, we can influence how they feel and how they learn. Each child has unique sensory needs, and his sensory diet must be customized for individual needs and responses. Educating family about those strategies is an essential part of the therapeutic intervention, so the family can apply them on daily basis.

A sensory diet is a planned and scheduled activity program that has a goal of meeting child's particular sensory needs. For example, child with under-responsive vestibular system would need to include in his daily schedule such activities as jumping, swinging, spinning, climbing, running, rocking, sitting on a move-and-sit cushion, bouncing, hanging upside down, riding toys.

Problems with sensory processing difficulties might result not only in developmental delays, but also might lead to challenging behaviors.

After diagnostic stage, there are two steps in therapeutic strategies for managing challenging behaviors: first is preventing the occurrence of unwanted behaviors that were partially results of poor sensory processing, second – is to develop consistent procedures to employ when the behavior occurs.

It is not always clear why certain behaviors occur. Sometimes what begins as a particular behavior to cope with a sensory need develops into a habit or a learned pattern of response. Some behaviors that may appear related to sensory-motor needs may be reflections of other neurological problems.

Some of the strategies for helping children to cope with challenging behaviors are: sensory diets, general calming and alerting strategies, strategies for specific problems. For example calming techniques might help children who are sensory defensive, by relaxing the nervous system and reducing exaggerated responses, they also can help to reduce anxiety. Some of the techniques are: joint compression, stretches, firm pressure and skin-to-skin contact, deep pressure massage, fidget toys, white noise or quiet music with steady beat, lycra or spandex clothing, weighted vest or collar, lavender, vanilla, banana or other soothing smells, reducing noise and light levels, slow rocking.

Often development of the treatment program for children with sensory processing difficulties is a trial of different solutions, a flexible search for the best individual means for each particular child. Sometimes little changes might be observed because the individual plan did not meet the needs of the specific child, but most of the times the changes are very dramatic and can significantly improve the child's and the family quality of life.

2.2. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Посттравматические стрессы и суицидальные идеации в юношеском возрасте

Т. Д. Азарных

(Воронежская государственная технологическая академия, Воронеж, Россия)

Россия, согласно данным ВОЗ за 2008 г., занимает одно из лидирующих мест по числу суицидов. Количество завершенных суицидов, приходящихся на 100 тыс. человек, в России больше, чем убийств. Больше 50% суицидов приходится на долю молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет.

Целью данного исследования являлось изучение взаимосвязи между суицидальными идеациями (мыслями), выраженностью посттравматических стрессов (ПС), психопатологических симптомов и симптомокомплексов, прежде всего депрессии. ПС – это доклиническая форма посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Тарабрина Н.В., 2008).

Суицидальные идеации оценивались по положительным ответам на вопрос о суициде в тестах по определению ПТСР [Миссисипская шкала (МШ), гражданский вариант] (Т.М. Keane), депрессии (Шкала депрессии А. Бека – BDI) и психопатологических проявлений (SCL-90-R) (L.R. Derogatis). Положительные ответы делились на количество возможных по данному пункту, суммировались, а затем опять делились на три. Частное от деления рассматривалось нами как условный показатель риска суицида (РС). Наличие стрессов оценивалось по опроснику LEQ (Life Experience Questionnaire).

Исследования проведены в 2003-2009 г.г. на студентах дневных отделений государственных вузов г. Воронежа в возрасте 18-20 лет. Всего в исследовании приняли участие 1544 человек (1080 девушек и 464 юноши). В качестве контрольной служила группа, в которой были стрессы по данным опросника LEQ, но не выявлялись ПС. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов (SPSS-13).

Мысли о суициде признаются психиатрами опасными и расцениваются как часть суицидального поведения. В результате проведенных исследований установлено существование таких мыслей в разной степени выраженности у 23,7 % студентов (27,3 % студенток и 16,6% студентов, т. е. каждая четвертая студентка и каждый шестой студент рассматривает для себя такой способ решения проблем, вернее ухода от них). Кроме того, в исследованной выборке есть случаи признания в совершенных парасуицидах.

РС имеет связь с ПС: он выше в группе с ПС как у девушек, так и у юношей. Если у девушек в контрольной группе он встречается в 9,2% случаев, то в группе с ПС – в 20,2% случаев. Это является еще одним доказательством стрессогенной природы РС у девушек. У юношей в контрольной группе РС встречается в 6 % случаев, в группе с ПС – в 13 % случаев.

В исследованной выборке РС коррелирует с выраженностью ПС и депрессии по BDI, а также общей выраженностью психопатологических проявлений и отдельных симптомокомплексов (по SCL-90-R). При этом наибольшие коэффициенты корреляций установлены в группе с ПС как у девушек, так и у юношей. В этой группе у девушек коэффициенты корреляций варьируют от 0,59 (по BDI, МШ) до 0,2 (по симптомокомплексу тревожности) (SCL-90-R), у юношей – также от 0,59 (по BDI, МШ) до 0,42 (по симптомокомплексу соматизации); по симптомокомплексу тревожности коэффициент корреляции недостоверен. В контрольной группе коэффициенты корреляций между РС и изученными показателями ниже и варьируют от 0,37 до 0,21 у девушек и от 0,3 до 0,12 у юношей.

Кроме того, установлены статистически достоверные корреляции между количеством пережитых стрессов, их общей тяжестью и РС. Наибольшие коэффициенты установлены в группе с ПС по общему баллу стрессов: 0,24 у девушек и 0,29 у юношей. В контрольной группе у девушек коэффициент корреляции меньше (0,17), а у юношей он недостоверен. Установлено также, что РС увеличивается при определенном виде стрессах, связанных с насилием.

Таким образом, РС имеет значительную составляющую, связанную с ПС. Поэтому работу по превенции суицидов следует начинать с дезактуализации ПС.

Следует отметить, что «демографическая яма» привела к снижению конкуренции при поступлении в вузы, и это привело к тому, что студентами становится большее число молодых людей с нарушениями психического здоровья, прежде всего в форме ПС и коморбидной с ним депрессии. Из-за доклинического характера ПС такие студенты выпадают из поля зрения психиатров.

Поскольку для людей, страдающих ПС, характерны враждебность и недоверчивость, что затрудняет их обращение к специалистам, то они выпадают и из поля зрения психологов. Все это ставит вопрос о создании эффективной психологической службы в вузе, связанной с дезактуализацией ПС и превенцией суицидов.

Клинико-психологическая характеристика процесса социальной адаптации умственно отсталых школьников

О. А. Бажукова

(Дагестанский государственный педагогический университет, Махачкала, Россия)

Адаптацией в привычном понимании является приспособление организма к внешним условиям существования. В частности в области социальных наук этот термин широко применяется для объяснения конфликтов по аналогии со стрессом. При этом под «социальной адаптацией» понимается уравновешенное соотношение социальной действительности и социального в человеке.

С точки зрения возрастной и педагогической психологии понятие «социальная адаптация» конкретизируется в трех направлениях: адаптивное поведение (в интересах среды воспитания); адаптивное состояние (отражающее отношение человека к условиям и обстоятельствам, в которые он поставлен воспитательной ситуацией); адаптация как условие эффективного взаимодействия детей и подростков со взрослыми в системе воспитания.

Е.В. Змановская (2004) указывает, что существует несколько вариантов социальной адаптации:

- радикальная адаптация – самореализация через изменение личностью существующего социального мира;
- гиперадаптация – самореализация через влияние личности на социальную жизнь посредством ее сверхдостижений;
- гармоничная адаптация – самореализация личности в социуме посредством ориентации на социальные требования;
- конформистская адаптация – приспособление за счет подавления индивидуальности, блокировка самореализации;
- девиантная адаптация – самореализация посредством выхода за существующие социальные требования (нормы);
- социально-психологическая дезадаптация – состояние блокировки процессов самореализации и адаптации.

Социальная адаптация – интегративный показатель состояния человека, отражающий его возможности выполнять определенные биосоциальные функции: адекватное отражение окружающей действительности и функционирования собственного организма; адекватная система отношений и общения с окружающими, способность к труду, обучению, способность к самообслуживанию и взаимобслуживанию в семье и коллективе; изменчивость (адаптивность) поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других (Иванов Н.Я., Личко А.Е., 1995; Дзугоева Е.Г., 1998).

Успешная адаптация характеризуется оптимальным равновесием между ценностями, особенностями индивида и правилами, требованиями окружающей его социальной среды. Игнорирование социальных требований или нивелирование индивидуальности личности приводит к дезадаптивному поведению.

Специалист в области изучения развития и социальной адаптации личности И.А. Коробейников (1982; 1990; 2002) отмечает, что при описании термина «дезадаптация» нередко воспроизводят феноменологию, весьма сходную с клиническим описанием симптоматики пограничных нервно-психических нарушений.

Симптомы могут фигурировать при описании самого широкого спектра психических отклонений: от крайних вариантов нормы (акцентуации характера, патохарактерологическое формирование личности) и пограничных расстройств (неврозы, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, резидуальные органические нарушения) до таких тяжелых психических заболеваний, как эпилепсия и шизофрения. В основе констатации первичной феноменологии лежат следующие особенности: время появления тех или иных симптомов, мера их выраженности, устойчивости и специфичности, динамика вариантов их сочетания, установление вероятных этиологических факторов и многое другое (Ковалев В.В., 1984; Крылов Д.Н., Кулакова Т.П., 1988; Омарова П.О., 2000).

Однако не всегда возможно установить точную последовательность причинно-следственных отношений, позволяющую определить, социальная дезадаптация предшествовала появлению нервно-психической патологии, или наоборот.

Умственная отсталость является фактором, существенно снижающим адаптационные возможности школьника.

Повышенная аффективная неустойчивость, как отмечает В.М. Махова (2000), характерная для умственно отсталых детей, снижает их способность к реализации конструктивных форм поведения и, как следствие, затрудняет адаптацию.

В качестве субъективного показателя, отражающего положительную или отрицательную динамику интрапсихической адаптации, в исследовании В.М. Маховой рассматривается эмоциональное состояние умственно отсталых детей или уровень тревожности. Во многих случаях с этой тревожностью дети приходят в школу. Агрессивность и повышенная конфликтность могут быть обусловлены преимущественно плохим отношением к ребенку в семье.

Наибольшие сложности в плане социальной адаптации и соответственно риска формирования дезадаптивного поведения вызывает такая категория умственно отсталых, как дети-сироты.

Рост числа детей-сирот является реальностью наших дней. Процесс социализации таких детей сложен, а их интеграция в общество по окончании школы-интерната проблемна и далеко не всегда успешна. Интеллектуальная недостаточность многократно усиливает нарушения и своеобразие развития, свойственные ребенку-сироте. В статье А.М. Щербаковой и Н.В. Москаленко (2001) даны методические рекомендации по построению и реализации программы подготовки к самостоятельной жизни воспитанников детей-сирот специальной (коррекционной) школы-интерната VIII вида.

Н.И. Иванова (2004), рассматривая в своей статье проблему социальной адаптации детей с интеллектуальными нарушениями в раннем возрасте, указывает на то, что данную проблему вызывают именно последствия социального сиротства – это различные деформации психического развития ребенка. Психологическая депривация может привести к широкому спектру симптомов и симптомокомплексов: от задержки психического развития до соматовегетативных дисфункций.

Адаптационные возможности таких детей ограничены, поэтому любое изменение привычного социального окружения может оказаться травматичным и привести к различным вариантам дезадаптивного поведения. Дети-сироты с интеллектуальной недостаточностью при переходе из дома ребенка в специальный детский дом бывают психологически не подготовлены. Разработанный комплекс коррекционно-педагогических мероприятий по поддержке детей-сирот с интеллектуальной недостаточностью при переходе в новую социальную среду подтвердил целесообразность своего применения.

При переходе детей из дома ребенка в детский дом организовалась преемственность в условиях жизни детей: на адаптационный период в обоих учреждениях были установлены единый режим дня и тип питания; введено ограничение на пребывание в изменившейся социальной среде; разрешено присутствие знакомого взрослого в новой среде и т.д. После перехода в детский дом существенных изменений в их умственном развитии не произошло. Адаптационный период был относительно коротким, адаптация прошла достаточно быстро и легко.

Общество воспринимает людей с ограниченными возможностями, в частности с умственной отсталостью, как инвалидов, не способных принести пользу обществу, и препятствует социальной интеграции таких людей. Право людей с ограниченными возможностями на социальную интеграцию подтверждено международными законами.

В статье А.Г. Московкиной, Е.В. Пахомовой, А.В. Абрамовой (2000) представлены результаты исследования, подтверждающие существующие стереотипы по отношению к людям с умственной отсталостью в обществе. Данные, представленные в статье, показывают, с одной стороны, относительную устойчивость отрицательных стереотипов отношения к умственно отсталому ребенку у лиц обследуемых категорий (студентов-дефектологов, студентов факультетов начальных классов и родителей), с другой – их определенную модификацию под влиянием профессионального образования. Исследование также свидетельствует о важности акцентов на эмоционально положительном взаимодействии с ребенком и его родителями, о необходимости вселять в них уверенность в возможность успеха, поддерживать при неудачах.

Таким образом, у умственно отсталых школьников существуют трудности в адаптации к сложившимся условиям. А неудовлетворенные в силу этого потребности постоянно провоцируют состояние фрустрации с сопутствующей ей агрессивностью, расторможенностью эмоционально-волевых процессов, снижением самоконтроля.

Особенно заметны эти явления у подростков с незначительными отклонениями в умственном развитии, которые остаются в обычных школах, поскольку не подходят для учебы в соответствующих спецшколах для умственно отсталых детей. В результате они, будучи не в состоянии справиться с общими требованиями, предъявляемыми ко всем обучающимся, оказываются, особенно в старших классах, в положении постоянно порицаемых за низкое качество учебы, недобросовестное отношение к выполнению заданий и т.д. А это в свою очередь вызывает у них чувство враждебности к окружающим, формирует агрессивные, антиобщественные установки.

Мотивационный потенциал таких лиц обычно характеризуется своей обедненностью, направленностью на удовлетворение сиюминутных потребностей (по принципу «здесь и сейчас»), среди которых доминирующую роль играют мотивы психопатической самоактуализации.

Таким образом, понятие «условия воспитания» распадается на целый ряд ситуаций, в столкновении с которыми подросток может испытывать растерянность, неуверенность, разочарование в себе или окружающих. Не всегда ему бывает по силам даже понять причину того, как и почему он занимает невыгодное, нежелательное и не приветствуемое положение, и ему остается либо примириться с обстоятельствами, либо вступить с ними в противоречие.

При этом выбор защитных способов реагирования не столь велик. Образно говоря, личность несовершеннолетнего трансформирует многочисленные и многообразные негативные условия воспитания в несколько определенных типов защитного поведения, которые затем вновь распадаются на многообразные конкретные девиантные поступки.

Чем глубже нарушения социальной адаптации, тем больше в поведении умственно отсталого школьника проявляется типичное, тем чаще индивидуальное, присущее личности, уступает место однообразным защитным способам реагирования. Установить названные признаки в поведении – значит связать поступок с ситуацией воспитания причинно-следственными отношениями, то есть надежно гарантировать эффективность социальной поддержки и педагогической реабилитации.

Клинико-психологическая характеристика гендерного поведения детей с нарушениями зрения

Д. П. Гаджиева

(Дагестанский государственный педагогический университет, Махачкала, Россия)

Современные тенденции исследования проблемы половой дифференциации, связаны с развитием социально-конструктивистского подхода. В новых социально-экономических условиях развития мирового сообщества происходят нарушения традиционно сложившихся социально- культурных взаимоотношений между мужчинами и женщинами. Результатом этого является возникновение проблемы феминизации и маскулинизации. Особенно ярко выражается это у представителей женского пола, часть которых считают себя ущемленными при распределении социальных ролей, особенно в системе управления государством. Все это вызывает интерес к проблеме гендерной политики на современном этапе развития общества. Гендерные различия в современном социуме изучаются не как продукт и результат деятельности отдельного индивидуума, а как процесс идентификации личности.

Исследование гендерных различий охватывает различные периоды исторического развития всех цивилизаций мира. На протяжении многих лет проблемы половой дифференциации рассматриваются с точки зрения отдельного пола и его влияние на развитие способностей (математических, творческих, гуманитарных и др.).

Однако решение задач гендерного воспитания серьезно осложняется тем обстоятельством, что распад традиционных культур различных народов мира сказался на половом воспитании. Воспитание и развитие девочек и мальчиков сталкивается с изменениями, вызванными переходами из одного состояния общества в другое, что приводит к распаду сложившейся традиции воспитания мужчин и женщин.

Сегодня у девочек и мальчиков формируется особый, «кризисный», менталитет в понимании своей социальной роли. Средства массовой информации способствуют созданию и утверждению превосходства стереотипа силы, власти (денег, социального положения) независимо от половой принадлежности. Произошедшие изменения приводят к актуализации различных воззрений на стирание половых различий и, как правило, к борьбе одного с другим, к приоритету неравенства. Это объясняется борьбой против ущемления прав, особенно женского населения. Решение данной проблемы, как нам видится, связано с процессом формирования социальной активности с учетом гендерных различий, с опорой на прочную социально-ролевую мотивацию, что позволит сформировать у девочек и мальчиков адекватные способы и формы поведения.

У детей с нарушениями зрения имеются специфические закономерности формирования гендерного поведения, так как это связано с тем, что многие социальные роли воспринимается на суженной сенсорной основе. Поиск путей совершенствования содержания и методов работы с детьми с нарушениями зрения обуславливает актуальность исследования влияния гендерных различий на процесс их социализации.

Объектом исследования является социальная активность детей с нарушениями зрения в игровой деятельности.

Организация и основные этапы исследования: исследование проводилось на базе МДОУ №44 г. Махачкала для детей с нарушениями зрения, в МОУ №26 г. Махачкала, Республиканском центре социальной помощи матери и ребенку, Республиканской школе-интернате III –IV вида (для детей с нарушениями зрения) г. Избербаш в 2005-2008 г.г. Всего в исследовании приняли участие 300 детей дошкольного и младшего школьного возраста: 150 детей с нарушением зрения и 150 с нормальным зрением.

В исследовании были использованы следующие экспериментально-теоретические методы: теоретический анализ проблемы исследования, ретроспективный анализ литературы, психолого-педагогические наблюдения, беседа с детьми, с воспитателями, с родителями, методы констатирующего, формирующего и контрольного экспериментов, социометрия, моделирование, методы математической обработки данных.

Анализ типов поведения детей, выделенных Д. М. Маллаевым, показывает, что они соответствуют разным уровням его усвоения детьми. В нашей модификации представленная система регуляторных типов поведения составляет определенную последовательность и иерархию развития социальных отношений и поведения детей с учетом гендерного развития. С этой целью в констатирующем эксперименте нами были выделены 4 уровня социального поведения детей:

Первый уровень – отсутствие представлений у детей о правилах поведения в обществе взрослых и детей, ориентированность преимущественно на свои потребности и желания, эгоцентризм, пассивность и т.д. Проявлений гендерной специфики в поведении не отмечается.

Второй уровень – знание правил нравственного поведения, понимание необходимости подчинения правилам, однако нежелание считаться с этой необходимостью, протест против этого. Дети знают о наличии субкультурной разницы в поведении мальчиков и девочек, однако либо не следуют этим нормам, либо выбирают их извращенное и крайне отрицательное (в основном по отношению к девочкам) толкование. Отмечаются негативные гендерные стереотипы в поведении.

Третий уровень – внутреннее согласие, присвоение социального опыта, правил нравственного поведения, но еще пассивное, не являющееся определяющим в активном поведении ребенка, т.е. формальное усвоение. Дети имеют представления о различиях в поведении мальчиков и девочек, способны размышлять о гендерных стереотипах в общении и поведении людей, однако не следуют собственным сознательным установкам на поведенческом уровне.

Четвертый уровень – социальные нормы и правила поведения становятся определяющими и регулируемыми позицию ребенка в игре и взаимоотношениях с взрослыми. Отмечается четкое представление о гендерных различиях, следование на уровне общения и поведения представлениям о позитивных гендерных стереотипах.

Анализ влияния нарушений зрения на гендерное поведение нормально видящих, слабовидящих и слепых старших дошкольников и младших школьников позволяет прийти к следующим выводам:

1. Формирование социального типа поведения претерпевает значительные изменения при переходе от старшего дошкольного возраста к младшему школьному как при нормальном зрительном развитии, так и у слепых и слабовидящих детей. Переход от ведущей игровой к более регламентированной ведущей учебной деятельности способствует развитию более высоких уровней социальной активности и в целом существенно не зависит от влияния фактора зрительной патологии; влияние фактора возрастной смены ведущей деятельности оказывается более значимым. В то же время у небольшой части слабовидящих младших школьников отмечаются проявления более низких уровней проявления социальной активности.

2. В старшем дошкольном возрасте отмечаются достоверные различия между нормально видящими детьми и детьми с нарушениями зрения. В выборке детей с нарушениями зрения в два раза чаще отмечается первый, самый низкий уровень социальной адаптированности по сравнению с нормально видящими детьми. При этом четвертый уровень встречается почти в два раза чаще в выборке детей с нормальным зрением. Следовательно, нарушение зрения оказывает влияние на формирование социальной активности, задерживая социальное развитие ребенка.

3. В старшем дошкольном возрасте в выборке слепых детей и с нормальным зрением существенное значение приобретают гендерные различия. У девочек значительно чаще отмечаются более высокие уровни социального развития (третий и четвертый) и очень редко – первый и второй, что подтверждается их более высоким речевым развитием и общительностью, в то время как треть мальчиков демонстрирует первый и второй уровни социального развития. Роли, которые играют девочки, отличаются более высоким уровнем достоверности передачи социальных отношений, большим количеством деталей, в то время как в игре мальчиков отмечается схематичность, социальная нивелированность отношений.

В то же время среди слабовидящих детей 5-6 лет гендерные различия не играют роли в проявлениях социальной активности. Возможно, это отличие от слепых детей вызвано тем, что слабовидящие пользуются остаточным зрением. Так как в дошкольном возрасте многие гендерные различия воспринимаются на уровне внешних различий в одежде, причёске и т.д., то слабовидение, возможно, приводит к нарушениям социальной перцепции (восприятия и понимания человека человеком), проявляющимся в своеобразной задержке гендерного развития. В то же время слепые дети не могут использовать визуальную информацию как источник формирования гендерных стереотипов, поэтому они основываются на действиях и ролях. Это способствует лучшему пониманию гендерной роли по сравнению со слабовидящими дошкольниками.

4. В младшем школьном возрасте среди нормально видящих и слепых детей практически не встречается первый уровень социальной активности, однако он продолжает сохранять свое значение у слабовидящих мальчиков. Все реже встречается второй уровень, хотя в группах детей с нарушениями зрения он отмечается в полтора раза чаще, чем среди нормально видящих детей. Для большей части детей с нормальным зрением уже характерен четвертый уровень социальной активности, в то время как для детей с нарушениями зрения весьма актуален третий уровень.

5. Гендерные различия в младшем школьном возрасте уже приобретают существенное значение во всех трех группах испытуемых и начинают проявляться в выборке слабовидящих. Среди мальчиков во всех трех выборках отмечается наличие второго уровня, хотя в выборке детей с нормальным зрением в два раза реже, чем с нарушениями зрения. При этом мальчики отстают в социальном отношении от девочек вне зависимости от влияния дефекта. Очевидно, в этом уже проявляется специфика гендерного развития. Существенные различия между мальчиками и девочками прослеживаются в количественных характеристиках всех типов социальных отношений.

6. Значительно начинают отрываться от других групп в социальном развитии слепые девочки, большинство из которых (80%) характеризуются четвертым уровнем. Среди них практически нет первого и второго уровня. Возможно, присущая девочкам большая социальность (как гендерная характеристика) начинает в этом возрасте использоваться для компенсации дефекта и социальной адаптации личности.

Большую часть времени дети с нормальным зрением проводят в общении со сверстниками как в старшем дошкольном, так и младшем школьном возрасте, хотя в возрасте 7-8 лет частота их контактов

несколько снижается. Очевидно, это связано со снижением роли игры и переходом к более высокому уровню социального развития, выражающемуся в снижении значения игрового общения по сравнению с деловым. При этом девочки общаются и вступают в контакты чаще, чем мальчики в обеих возрастных группах.

В отличие от нормально видящих детей, слабовидящие дошкольники проводят в контакте со сверстниками только половину свободного игрового времени, хотя к младшему школьному возрасту под воздействием специального обучения и воспитания наблюдается тенденция приближения к норме. При этом не отмечается гендерной специфики в частоте контактов в возрасте 5-6 лет, которая четко прослеживается в 7-8 лет: девочки контактируют чаще, чем мальчики.

Реже всего в контакты со сверстниками вступают слепые дети, которые в старшем дошкольном возрасте проводят с ними треть своего свободного игрового времени, а в младшем школьном возрасте – меньше половины. Возможно, это связано с тем, что в силу специфики основного дефекта слепые дети более зависимы от общения со взрослым и испытывают страхи в общении со сверстниками, которые могут представлять для них в определенной степени опасность. При этом прослеживается тенденция к большей активности девочек. Мы считаем, что это связано со спецификой игровых интересов. Девочки выбирают более спокойные и менее пространственно зависимые игры, чем мальчики.

Нормально видящие дети более длительно общаются в игровых объединениях по сравнению со слепыми и слабовидящими детьми, сохраняя тенденцию к большей активности девочек, чем мальчиков. Зрительный дефект в два раза чаще способствует разрушению игрового объединения и возникновению конфликтной ситуации. Гендерный анализ показывает, что в старшем дошкольном возрасте при слепоте и слабовидении не отмечается существенной зависимости средней продолжительности общения от пола ребенка, однако в младшем школьном возрасте такая зависимость есть: девочки более длительно сохраняют игровое объединение по сравнению с мальчиками.

Анализ полового состава игровых объединений показывает, что для нормально видящих детей как в старшем дошкольном, так и младшем школьном возрасте отмечается предпочтение однополых игровых объединений, имеющих гендерную специфику. Несмотря на это, они испытывают потребность в играх с детьми противоположного пола, что проявляется в значительном количестве разнополых игровых объединений. Примерно три пятых составляют однополые, а две пятых – разнополые объединения. Подобная же закономерность прослеживается и в группах слабовидящих детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Разница игровых интересов мальчиков и девочек, определяемых характером игровых действий, содержание игрового материала и тех и других, мешает им организовывать совместную деятельность. Во всех группах испытуемых прослеживается стремление девочек к спокойным играм с социально-бытовой тематикой и со сказочными творческими сюжетами. Мальчики предпочитают игры строительно-технического характера и с героико-спортивной тематикой. Влияние зрительного дефекта отмечается лишь в конкретных частных ситуациях, сохраняя общие закономерности, характерные для нормально видящих детей.

Анализ результатов социометрии показал, что в старшем дошкольном возрасте при патологии зрения в определении статуса ребенка в структуре межличностных отношений гендерная специфика очень примитивна и отражается в том, что дети стремятся к выбору ребенка одного с ними пола. При этом во всех выборках (как с нормальным зрением, так и со зрительными нарушениями) более высокое положение занимают дети общительные, доброжелательные, социально активные, с адекватным поведением вне зависимости от степени выраженности патологии зрения. То есть, к примеру, в выборках слабовидящих визуз не влиял на положение в группе. При этом следует отметить, что мы проводили исследования в группах со схожим уровнем зрительного развития. То есть, по нашему мнению, если бы мы изучали статусное положение ребенка с нарушением зрения в коллективе нормально видящих детей, мы имели бы иную картину. Самым низким статусом обладали дети конфликтные, агрессивные, раздражительные, склонные к обману других детей

В младшем школьном возрасте специфика гендерных предпочтений меняется. Дети стремятся выбирать ребенка не одного с ними пола, а более успешного в учебе, общительного и социально активного. Как нами показано ранее, такими характеристиками чаще обладают девочки, что способствует тому, что именно они чаще оказываются в группах лидеров и предпочитаемых, чем мальчики.

Таким образом, в ходе исследования была выявлена специфика гендерного поведения детей с нарушениями зрения.

Стиль воспитания в семье как фактор психического здоровья дошкольников

Т. В. Дробышева, И. Н. Микеева

(Московский институт открытого образования, Москва, Россия)

В современных социально-экономических условиях развития общества, характеризующихся неустойчивостью материального благосостояния людей, невозможностью долговременного и перспективного планирования ими своей жизнедеятельности, неудовлетворительным состоянием занятости

населения и т.п., ориентация молодых родителей на карьеру и высокий экономический статус приводит к изменению их отношения к процессу воспитания детей, росту напряженности в межличностных отношениях в семье. В то же время анализ исследований нарушений психического здоровья показывает, что чаще они отмечаются у детей, которые страдают от недостаточного общения с взрослыми и их враждебного отношения, а также у детей, которые растут в условиях семейного разлада. Данный факт определяется тем, что основное патогенное значение для развития личности и формирования характера имеет недостаточное удовлетворение эмоциональных потребностей ребенка.

Анализ причин нарушений психического развития детей, связанных с особенностями их воспитания в семье, показал, что к категории неблагоприятных факторов можно отнести: некоторые особенности детско-родительских отношений, которые в свою очередь обусловлены чрезмерной загруженностью родителей и их невротизацией (социально-культурные факторы); дисгармонию семейных отношений (социально-психологический фактор); неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, высокую занятость родителей, ранний выход матери на работу и помещение ребенка до трех лет в дошкольное учреждение, привлечение няни для воспитания ребенка раннего возраста, что является сильным психотравмирующим воздействием, поскольку ребенок еще не готов к разлуке с матерью (социально-экономические факторы).

Опираясь на вышеизложенное, предположили, что *неблагоприятная психологическая атмосфера в семье, связанная с нарушениями детско-родительских отношений и межличностных отношений самих родителей, может рассматриваться в качестве фактора угрозы для психического развития дошкольников*. Частная гипотеза исследования включала предположение о том, что личностные особенности родителей, детерминированные социально-психологическими и экономическими условиями жизнедеятельности, оказывают существенное влияние на психическое развитие их детей дошкольного возраста.

В исследовании приняли участие дети в возрасте от 3 до 6 лет, посещающие дошкольное образовательное учреждение №1661 ЮЗООУ г. Москвы, а также их родители. Общая выборка обследованных составила 174 человек, из них 58 детей и 116 родителей данных дошкольников.

В программу эмпирического исследования включили ряд методик, ориентированных на выявление нарушений в детско-родительских отношениях, тревожности родителей и детей, а именно: «Анализ семейных взаимоотношений» (авт. Э.Г. Эйдемиллер), «Диагностика родительской тревожности» (авт. А.М. Прихожан), «Тест тревожности» (авт. Амен, Тэмпл, Дорки), «Расскажи историю» (авт. Л. Дюсс, пер., адапт. Г.М. Махортовой). С целью выявления особенностей восприятия детьми психологического климата в семье и детском саду применяли проективные методики «Цветик-семицветик», «Я, мама и детский сад», «Незаконченные предложения». Для изучения особенностей пренатального развития детей использовали карту «История развития ребенка». Личностные характеристики детей (самооценку и уровень притязаний) выявляли с помощью методик «Лесенка» и «Конверты». Экспертные оценки логопеда-дефектолога, невропатолога и психологов детского сада стали основой для дифференциации дошкольников на категории, условно именуемые группа риска и группа «норма». В первую группу вошли дети с выраженными признаками агрессивности, застенчивости, неуверенности, СДВГ, тревожности и т.п. (т.е. разные категории «трудных» детей).

В связи с ограниченным объемом публикации ниже будут представлены только некоторые из полученных результатов.

Итак, в процессе исследования выявили, что большинство матерей (на отцах подобных закономерностей не обнаружено), дети которых имеют различные поведенческие нарушения, отличаются от матерей детей группы «норма» по двум стратегиям воспитания: «Недостаточность требований – обязанностей» и «Чрезмерность требований запретов» ($\chi^2 = 3,82$; $p = 0,05$). Медианный анализ выявил, что все матери детей группы риска ориентированы на интенсивное использование данных стратегий, в то время как матери детей, относящихся к группе «норма», придерживаются данных воспитательских действий в значительно меньшей степени (только 30% обследованных).

Требования к ребенку – неотъемлемая часть воспитательного процесса. Они выступают, во-первых, в виде обязанностей ребенка, т.е. в тех заданиях, которые он выполняет: уход за собой, помощь другим членам семьи, организация быта и т.п. Во-вторых, это требования-запреты, устанавливающие, чего ребенок не должен делать. В нашем случае матери детей групп риска ориентированы в своих воспитательских действиях именно на эти стратегии. Недостаточность требований-обязанностей (шкала Т-) проявляется в суждениях матерей о невозможности (либо собственном нежелании) привлечь ребенка к какому-либо делу по дому. Чрезмерность требований-запретов (шкала З+) может лежать в основе типа негармонического воспитания «доминирующая гиперпротекция». В этой ситуации, как указывает автор методики, ребенку все «нельзя». Ему предьявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. В своих суждениях родители с такой стратегией в воспитании демонстрируют страх перед любой самостоятельностью ребенка. Подобное воспитание усиливает астенические черты личности ребенка.

Эмоциональное самочувствие детей в семье во многом определяется тем, как дети воспринимают межличностные отношения родителей, какую позицию они занимают по отношению к семейным конфликтам, какие нормы поведения и традиции существуют в семье, насколько сплоченной воспринимается семья дошкольниками и осуществляет ли семья свои защитные функции по отношению к

ребенку (психологическая защита). Результаты показали, что именно ощущение психологической защиты со стороны родителей различает детей из групп риска и группы «норма» ($\chi^2 = 3,56$; $p = 0,05$). Так, дошкольники из второй группы ощущают высокий уровень защищенности, эмоционального комфорта через осознание безоценочного принятия себя родителями. В то время как их сверстники из группы риска – средний и ниже среднего уровень защищенности и принятия. Данные показатели могут быть проиллюстрированы следующими высказываниями. Эмоционально благополучные дошкольники из группы «норма» отмечают использование родителями по отношению к себе вербальной формы наказания («Когда я плохо себя веду, родители обычно... ругают, говорят, что я плохо поступил, сделал и т.п.») и невербальной формы поощрения («Когда я хорошо себя веду, родители обычно...целуют, обнимают...»). Эмоционально менее благополучные дети из группы «риска», напротив, указывают на невербальную форму наказания (физическое наказание, «угол» и т.п.) и вербальную форму поощрения их родителями, которая носит оценочный характер («молодец», «хорошо» и т.п.). Эмоционально благополучные дети говорят, что им нравится, когда родители называют их ласковыми словами – «зайка», «киска», «лапочка» и т.п., их менее благополучные сверстники в качестве таких ласковых слов называют уменьшительные формы собственного имени – «Ванечка», «Светочка» и т.п. Предложение «Мне не нравится, когда меня называют...» дети из группы «норма» завершали следующими высказываниями: «строгим голосом», «Ирина» (полное имя) и т.п. Эмоционально менее благополучные дошкольники в ответ на просьбу завершить предложение, демонстрировали различные стратегии «ухода» от вопроса: «не знаю», «луноход», «девчонка» (в отношении мальчика) и т.п.

В целом, характеризуя представления детей о семье и своем месте в ней, следует отметить, что дети из группы риска отмечают средний уровень сплоченности своей семьи, сочетание стратегий наказания и поощрения с рассмотренной выше спецификой вербальных и невербальных форм. Они скорее негативно оценивают межличностные отношения своих родителей (мать и отец не называют друг друга по имени, иногда обращаются друг к другу в третьем лице, не используют ласковых слов и т.п.). Эмоционально более благополучные дети выше оценивают сплоченность своей семьи, указывая на наличие семейных традиций, совместных интересов, способов структурирования времени и т.п. Эти дошкольники также отмечают сочетание стратегий наказания и поощрения в родительском воспитании, но в других формах. Межличностные отношения своих родителей дети оценивают только как позитивные (ласковые имена, доброжелательные отношения и т.п.).

Различия в личностных особенностях детей групп «риска» и «норма» (самооценка, уровень тревожности, уровень притязаний) выявили в отношении одной из четырех шкал самооценки. Так, дети группы риска в сравнении с благополучными детьми ($\chi^2 = 3,99$; $p = 0,46$) отличаются оценками по шкале «умный-глупый». Все «гиперактивные», «агрессивные», «с отклонениями в речевом и психическом развитии» и «асоциальные» дошкольники занижают свои оценки, считая себя скорее глупыми, чем умными, либо просто умными, но не самыми умными. Данный факт объясняется тем, что все вышеуказанные категории детей имеют общие поведенческие отклонения: характеризуются неусидчивостью, невнимательностью, низкой произвольностью, когнитивными трудностями, связанными с пониманием и выполнением задания и т.п. Более 80% «застенчивых и неуверенных» обследованных дошкольников также склонны занижать свои умственные способности. В то время как «демонстративные» дети показали схожие результаты с воспитанниками из группы «норма». У них выявлена тенденция к адекватной и завышенной самооценке по данной шкале. Только некоторые из них склонны к заниженным оценкам. Поскольку самооценка ребенка формируется с раннего детства в условиях семьи, то данные результаты могут быть объяснены тем, что «обратная связь», которую получают дети от окружающих их взрослых в процессе общения (сначала – от родителей, затем – от воспитателей), часто имеет оценочный характер. Индивидуальные консультации родителей обследованных детей показали, что большинство родителей имеют завышенные ожидания именно в отношении «учебных» достижений детей. Уже на этапе поступления ребенка в детский сад родители в первую очередь интересуются тем, какие занятия будут проводиться в детском саду, а в последнюю (а иногда и совсем не спрашивают) – сколько времени дети будут гулять, созданы ли условия для разнообразных видов игр, какие функции у воспитателя и т.п.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать ряд **выводов**:

1. Психическое здоровье дошкольников определяется отношением родителей к своему ребенку, в частности уровнем принятия, характером воспитательных воздействий (форм поощрения и наказания). Так, недостаточность требований-обязанностей и чрезмерность требований-запретов в воспитании родителями дошкольников наряду с биологическими факторами риска (наследственные заболевания, угрозы пренатального периода и т.п.) способствуют развитию у ребенка агрессивности, тревожности, застенчивости, гиперактивности и др.
2. Дети из групп риска иначе, чем их сверстники без каких-либо когнитивных и поведенческих расстройств, оценивают качество отношений с родителями, более глубоко переживая их. Данные дошкольники имеют заниженную самооценку умственных способностей, источником которой также являются их родители. Неусидчивость, низкая произвольность, несформированность волевого контроля за своим поведением и т.п. определяют неудовлетворенность родителей относительно «учебных успехов» их детей.

3. Гиперактивные, агрессивные, демонстративные, застенчивые, асоциальные дети чаще, чем их сверстники без нарушений, испытывают эмоциональный дискомфорт, источником которого являются неблагоприятные, по мнению детей, отношения в семье (неудовлетворительные межличностные отношения родителей, невысокая сплоченность семьи, отсутствие семейных традиций, совместных форм досуга, отдыха). Данная ситуация отражается и на применении родителями вербальных форм поощрения («молодец», «хорошо» и т.п.) и невербальных форм наказания (физические наказания) по отношению к детям.

4. Эмоциональное благополучие дошкольников как условие их психического здоровья связано с гармоничным использованием родителями различных стратегий воспитания. Родители эмоционально благополучных дошкольников склонны к безоценочному принятию своих детей, использованию вербальных форм наказания (это плохо, так нельзя и т.п.) и невербальных форм поощрения (ласки, поцелуи и т.п.). Свое позитивное отношение к детям эти родители проецируют с помощью широкого спектра ласковых, уважительных слов. Они не используют оскорбления, предпочитая игнорирование и изменение интонации голоса как проявление своего недовольства поведением детей.

Применение методов танцевально-двигательной терапии в работе школьного психолога

М. В. Елисева

(ГОУ «Гимназия № 49», Санкт-Петербург, Россия)

Основная цель работы школьного психолога заключается в содействии администрации и педагогическому коллективу в создании благоприятной социальной ситуации развития индивидуальности учащихся, обеспечение условий для успешного внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс, а также развития учащихся, родителей и других участников образовательного процесса.

Эмоциональная напряженность профессиональной деятельности учителей является одним из факторов, влияющих на нравственно-психологический климат в школе. В педагогической деятельности достаточно много напряженных ситуаций и разнообразных факторов, несущих в себе возможность интенсивного эмоционального реагирования. Под объективными факторами понимают сложные, напряженные условия деятельности: загруженность рабочего дня, повышенные интеллектуальные нагрузки. Субъективными факторами обычно становятся мотивационные, эмоциональные и социальные характеристики личности учителей. К напряженным ситуациям педагогической деятельности следует отнести:

- ситуации взаимодействия учителя с учащимися на уроке: при нарушении дисциплины и правил поведения, непредвиденных конфликтных ситуациях, игнорировании требований учителя;
- ситуации, возникающие во взаимоотношениях с коллегами и администрацией школы: резкие расхождения во мнениях, перегруженность учебными поручениями, конфликты при распределении нагрузки, чрезмерный контроль за учебно-воспитательной работой;
- ситуации взаимодействия с родителями учащихся: завышенные требования родителей к ребенку и педагогам.

Одним из следствий повышенной напряженности является грубость, несдержанность, окрики, оскорбления учеников. Агрессивная реакция учителя противоречит педагогической этике, является неприемлемой формой воздействия на ученика и может быть причиной прогрессирующей невротизации школьников. Повышенная эмоциональная напряженность способствует формированию таких личностных черт, как пассивность, безынициативность, чувство собственной профессиональной непригодности. Переживаемые эмоциональные состояния отрицательно сказываются на самочувствии педагога, вызывают сильное переутомление, снижение работоспособности. Становится очевидным, что психопрофилактические мероприятия необходимы и должны быть обязательно введены школьным психологом.

Опыт работы танцевальных терапевтов показывает возможность использования методов танцевально-двигательной терапии в работе с младшими школьниками, подростками и учителями.

Анализ методических приемов танцевально-двигательной терапии позволяет выделить основные методики и психотехники, их составляющие.

Методика «кинестетической эмпатии» характеризуется эмпатическим принятием партнера посредством «отзеркаливания» его движений. Кинестетическая эмпатия полезна как способ установления контакта, способствует осознанию и принятию своей телесности, своих чувств и отношений. При «отзеркаливании» движения психолог может спросить учителя, что он чувствует или думает, когда видит, как кто-то еще двигается подобным образом, не вызывает ли движение какой-либо образ.

В методике «аутентичное движение» есть движущийся и наблюдатель. Тело является «гидом», движущийся следует импульсам движения, когда они появляются. Наблюдатель при этом старается сохранить полное осознание своего опыта и опыта движущегося. Метод аутентичного движения способствует выражению разнообразных аспектов личности, как сознательных, так и бессознательных. В

безопасной обстановке метод дает возможность безусловного принятия и понимающего, сотрудничающего внимания.

Использование кругового танца способствует снижению тревожности и сопротивления, возникновению чувства общности, развитию внутригруппового единства и межличностных отношений.

Танцевальная импровизация предполагает эксперимент с движениями, которые имеют непривычный неосознанный характер. Его результаты не запланированы, что дает возможность для освобождения от жестких систем значений и привычных моделей поведения.

Групповая импровизация помогает целостно увидеть ситуацию и свое место в ней, а также сохранить определенное состояние в меняющихся условиях, и этот навык достаточно легко переносится на жизненные ситуации.

Музыкальное сопровождение в процессе занятий используется с целью создания настроения, выявления стереотипов движения, для подкрепления ритмов, способствующих возникновению определенных чувств и отношений, стимулирования творческой экспрессии и широкого использования пространства.

Использование структурированных танцевально-двигательных техник позволяет:

- провести диагностику как отдельной личности, так и группы в целом: выявить стереотипы движения, мышечные зажимы;
- снять напряжение;
- приобрести новые паттерны движения, способствующие эффективному взаимодействию с собой и окружающими посредством изучения себя и подражания другим;
- изменить стиль коммуникации с окружающими;
- научиться создавать атмосферу доверия, способствующую развитию групповой сплоченности, психологической поддержки.

Нами проведено исследование, направленное на изучение возможности применения методов танцевально-двигательной терапии в работе школьного психолога. Были поставлены следующие задачи:

- изучить актуальное эмоциональное состояние учителей;
- изучить влияние танцевально-двигательной терапии на эмоциональное состояние учителей.

Для решения поставленных задач разработана программа, которая включила 10 занятий в течение двух с половиной месяцев. Занятия проводились один раз в неделю в специально организованном пространстве. Каждое занятие состояло из вводной части, которая включала в себя комплекс гимнастики под музыку; основной части, состоящей из танцевально-двигательных упражнений; и заключительной части, предполагающей релаксацию и обсуждение. Гимнастика вводной части занятия способствует включению в работу, созданию благоприятного физического и психологического настроя.

Основными целями танцевально-двигательных техник являются:

- обучение расслаблению;
- развитие внимания к телесным сигналам, установление эмпатических отношений;
- создание персонального пространства и межличностной дистанции в общении;
- осознание позиции доверия, уверенности и ответственности во взаимодействии;
- осознание чувств и эмоций в процессе танцевальных движений;
- осознание и принятие группового опыта.

В исследовании приняли участие 20 учителей в возрасте 30-40 лет из школ г. Санкт-Петербурга. Занятия проводились в двух группах. Одна группа занималась в гимназии в специально организованном пространстве, вторая группа занималась в женском клубе, организованном для учителей.

Для реализации цели исследования были использованы методики:

- модифицированный цветовой тест Люшера для изучения индивидуальных личностных свойств учителей;
- проективный рисуночный тест «Какого я цвета» Н.Ю. Оганесян, для изучения эмоционального состояния в процессе занятий;
- опросник САН, для изучения самочувствия, активности, настроения до и после занятий;
- тест Ч.Д. Спилбергера (в адаптации Ю.Л. Ханина) для изучения тревожности до и после занятий;
- тест «Анализ телесных движений» Н.Ю. Оганесян для наблюдения динамики экспрессивного репертуара в процессе занятий.

Для достижения цели использованы следующие методы обработки эмпирического материала: статистический анализ, проведенный с помощью t- критерия Стьюдента, и качественный анализ.

Статистический анализ, проведенный с помощью t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$) показал существование значимых различий по факторам «самочувствие», «активность», «настроение». До занятий показатели самочувствия, активности и настроения учителей были ниже нормы. После занятий наблюдалось улучшение физического самочувствия, повышение активности, работоспособности, снижение напряжения, повышение настроения, что говорит о положительном общем эмоциональном состоянии.

По результатам качественного анализа результатов динамики эмоционального состояния учителей в процессе танцевально-двигательной терапии на основе методики «Какого я цвета» мы отметили, что в начале занятий 55% учителей при выполнении методики выбирали один цвет, 35% учителей выбирали два цвета, гамму цвета выбирали 10% учителей. После занятий наблюдалась следующая динамика выполнения

методики: 85% учителей выбирали гамму цвета, 15% учителей два цвета. После занятий 80% учителей не только выбирали цвет и закрашивали, а рисовали рисунки в тесте. Анализ данных свидетельствует о динамике творческого воображения, повышении активности, снижении тревоги.

Качественный анализ динамики телесной экспрессии на основе методики «Анализ телесных движений» позволяет говорить об изменении силы и динамики движений после занятий, повышении двигательной активности, ритмичности. В начале занятий у 70% учителей наблюдалась слабая динамика движений, что свидетельствует о сниженном двигательном и эмоциональном тоне. Быстрые и резкие движения у 35% учителей говорят о потребности в отстаивании собственной позиции. После занятий быстрые и резкие движения учителей заменились медленными и плавными, а сила движений увеличилась, что говорит о динамике телесной экспрессии, усиливающей выразительность чувств, переводящей чувство в действие. Расширение границ пространства в танце после занятий отмечалось у 95% учителей, что говорит о расширении репертуара движений. Активность в процессе занятий свидетельствовала об уверенности в себе, ритмичность и креативность – о динамике самовыражения и способности находить новые решения проблем. После занятий мы наблюдали определенные изменения в сфере потребностей. Потребность в перспективе и надежда на лучшее отмечалась у 45% учителей, потребность активно действовать – у 35% учителей, потребность в отстаивании собственной позиции – у 20% учителей. В процессе занятий была сильная эмоциональная вовлеченность в процесс межличностного взаимодействия. Увеличилась поисковая активность и уверенность в себе.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать вывод о положительном влиянии танцевально-двигательной терапии на эмоциональное состояние учителей и, как следствие, об оптимизации межличностного взаимодействия с учащимися. Несомненно, есть определенные трудности в проведении и организации занятий. К сожалению, педагоги не всегда доверяют психологу и отказываются от психологической помощи, считая, что педагогический опыт более эффективен при возникновении проблем. Но мы с оптимизмом смотрим в будущее применения танцевально-двигательной терапии в работе школьного психолога и надеемся, что опыт проведения занятий поможет школьным психологам в разрешении сложных вопросов в их практической деятельности.

Изучение психического статуса студентов-первокурсников на начальных этапах обучения в вузе

Е. А. Кобзев

(Магнитогорский государственный университет, Магнитогорск, Россия)

Студенты-первокурсники – это особая социальная группа, наиболее подверженная воздействию таких факторов, как нервно-эмоциональное напряжение и социальная незащищенность. Напряженность выпускных экзаменов за среднюю школу, вступительные экзамены в ВУЗ, смена привычного образа жизни отрицательно отражаются на здоровье и качестве жизни первокурсников. Постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, частые нарушения режима труда, отдыха и питания студенческой молодежи приводят к срыву процесса адаптации, развитию заболеваний, снижению качества жизни. Успешное решение задач по совершенствованию подготовки высококвалифицированных кадров тесно связано с укреплением здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи. Состояние здоровья и качество жизни студентов следует рассматривать как один из показателей качества подготовки специалистов, а проблему охраны и укрепления здоровья студенческой молодежи – как приоритетную медико-социальную проблему.

Переживаемый стресс и его последствия составляют серьезную угрозу психическому здоровью индивида. Особенно это относится к молодежному и студенческому периоду в жизни человека, когда личностные ресурсы кажутся неисчерпаемыми, а оптимизм по отношению к собственному здоровью преобладает над заботой о нем. Сильная ориентация на переживание настоящего, высокая мотивация достижений вытесняют из сознания студента возможные опасности, связанные с последствиями длительного стресса. В это время ограничены также способности к релаксации и отдыху в силу тех же убеждений в неисчерпаемости собственных физических и психических ресурсов. Период активного вхождения в новую социальную среду сопровождается действиями, направленными на получение признания и высокого статуса в группе студентов-ровесников. При этом используются различные средства, не всегда отвечающие задачам сохранения и укрепления здоровья (никотин, алкоголь, наркотики). Попытки завоевания своего места среди ровесников часто связаны с рискованным поведением, желанием любой ценой добиться этого признания.

В настоящее время в высшей школе существует определенное распределение студентов по различным специальностям. Очевидно, что процесс становления будущих специалистов в процессе обучения и состояние здоровья контингента, обучающегося на факультетах, будет различным. Изменяться также будут показатели и социально-психологической адаптации от курса к курсу. В нашем исследовании приняли участие студенты первого курса психологического факультета и факультета экономики и управления.

Гипотетически мы выдвинули предположение о том, что на ранних этапах обучения у студентов-первокурсников психологического факультета и факультета экономики и управления существуют определенные различия по показателям нервно-психических состояний, психопатологических симптомов и личностных особенностей. В исследовании приняли участие 96 студентов факультета экономики и управления и психологического факультета Магнитогорского государственного университета в возрасте 17 и 18 лет. В качестве экспериментальной группы выступили студенты психологического факультета. Контрольную группу составили студенты факультета экономики и управления. В каждую группу входило по 48 человек. Исследование проводилось с 24 февраля по 27 мая 2010 года. Для оценки психического статуса испытуемых мы использовали клинико-психологический и экспериментально-психологические методы исследования. Использовались психодиагностические стандартизованные (продуктивные), нестандартизованные полупроjektивные методики и анкеты. В настоящей статье мы приводим некоторые результаты изучения особенностей и значимые отличия по определенным параметрам в данных выборках испытуемых.

По результатам опросника «ЕРІ» Г. Айзенка на психологическом факультете студенты экстравертированы, т.е. более общительны, импульсивны и инициативны, обладают внешним обаянием, прямолинейны в суждениях, хорошо справляются с работой, требующей быстрого принятия решения. Студенты ФЭУ амбивертны, т.е. могут проявлять качества как экстравертов, так и интровертов в зависимости от ситуаций, в которые они попадают. Исходя из показателей по шкалам «Экстраверсия-интроверсия», «Нейротизм-стабильность», преобладает холерический тип темперамента. Такие люди обидчивы, несдержанны, импульсивны, с нестабильным настроением, но при этом оптимистичны, активны, с высокой работоспособностью. По результатам опросника самооотношения (В.В. Столина) мы можем сказать следующее: по шкале «Самоуважение» существуют значимые различия в данных выборках ($t_{\text{эмп}} = 2,31$, при $t_{\text{кр}} = 2,02$). Это говорит о том, что студенты факультета экономики и управления в большей степени, чем студенты психологического факультета, уважают себя. Они адекватно оценивают свои возможности, могут контролировать собственную жизнь, последовательны в своих поступках. Отчетливое переживание собственного «Я» как внутреннего стержня, интегрирующего личность и жизнедеятельность испытуемых, говорит о дружеском отношении к себе, согласии с собой, одобрении своих планов и желаний, безусловном принятии себя. Студенты ожидают, что другие будут хорошо к ним относиться, но при этом высокое самомнение респондентов и отсутствие внутренней напряженности говорит о безразличии к тому, что о них думают окружающие.

По методике SCL-90-R (опросник выраженности психопатологической симптоматики) отсутствуют значимые отличия в экспериментальной и контрольной группах. Однако показатели по шкале «Соматизация» у студентов психологического факультета выше, чем у студентов ФЭУ. $M_{\text{эксп}} = 9,55$; $M_{\text{контр}} = 9,41$, (M -средние значения). Можно сделать предположение, что у студентов психологического факультета чаще встречаются жалобы на сердечно-сосудистую, респираторную, гастроинтестинальную системы организма, жалобы на головную боль, общий мышечный дискомфорт. По шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства» различия незначительные $M_{\text{эксп}} = 10,3$; $M_{\text{контр}} = 11,4$. Мысли, импульсы и действия, воспринимаемые как постоянные силы, но чуждые Эго, у студентов присутствуют, но не занимают главное место в их жизни. По шкале «Межличностная сензитивность» показатели имеют небольшое различие ($M_{\text{эксп}} = 9,23$; $M_{\text{контр}} = 10,0$), однако у студентов ФЭУ показатели выше, а это значит следующее: присутствует чувство беспокойства, дискомфорт, в процессе межличностного взаимодействия. По шкале «Депрессия» студенты ФЭУ получили более высокие баллы, чем студенты психологического факультета ($M_{\text{эксп}} = 10,1$; $M_{\text{контр}} = 11,5$), однако, учитывая тот факт, что показатели не превышают нормы, то признаки дисфории, потеря интереса к жизни отсутствуют в обеих группах. По шкале «Тревожность» у студентов психологического факультета баллы ниже ($M_{\text{эксп}} = 7,0$; $M_{\text{контр}} = 7,59$), следовательно, нервозность, напряжение, тремор, приступы паники у них встречаются реже, чем у студентов ФЭУ. По шкале «Враждебность» у студентов ФЭУ показатели значительно выше, чем у будущих психологов ($M_{\text{эксп}} = 5,41$; $M_{\text{контр}} = 7,14$), а значит, агрессия, раздражительность, негодование у них встречается чаще. По шкале «Фобическая тревожность» различий не выявлено. По шкале «Паранойяльные симптомы» у студентов факультета экономики и управления показатели выше, чем у студентов психологического факультета ($M_{\text{эксп}} = 5,14$; $M_{\text{контр}} = 5,77$), значит, студенты этого факультета более враждебны, подозрительны, чем студенты психологического факультета. Хотелось бы отметить, что по шкале «Психотизм» у студентов факультета экономики и управления показатели выше, но т.к. полученные нами данные входят в показатели нормы, то судить о наличии межличностной изоляции мы не можем.

По методике «Прогрессивные матрицы Равена» получены значимые различия ($t_{\text{эмп}} = 2,84$, при $t_{\text{кр}} = 2,02$). Высоким уровнем интеллекта обладают студенты факультета экономики и управления. Средний групповой показатель по психологическому факультету – 59 %. Это средний уровень интеллекта. У студентов ФЭУ – 71 % – высокий уровень.

По методике «Незаконченные предложения» Сакса-Леви были получены следующие результаты. По шкале «Отношение к отцу»: студенты психологического факультета относятся к отцу с восхищением, хотят сблизиться с ним, чтобы он уделял им больше своего внимания. У студентов ФЭУ отношение иное: некоторые презирают своих отцов, враждебно отзываются о них, хотят отдалиться. Сталкиваясь с трудностями и неудачами, студент-первокурсник чувствует себя совершенно некомпетентным и

беспомощным. Среди нереализованных возможностей у студентов обоих факультетов встречаются чаще всего экстравагантные, нереалистичные цели. Студенты психологического факультета в отношении своего будущего оптимисты, но не совсем уверены в себе, в том, что преодолеют все препятствия к достижению целей. Студенты ФЭУ кажутся уверенными в достижении своих материальных целей. Отношение к начальству у студентов психологического факультета более позитивно, они признают авторитет тех, кто ими руководит. Студенты ФЭУ часто обижаются на свое руководство. Отношения к друзьям выражаются через хорошие взаимные чувства. Показатели по данной шкале у обеих групп идентичны. К своему прошлому многие студенты относятся положительно. Часто вспоминают о своих достижениях, редко кто может назвать травмирующие ситуации, которые с ними происходили. По отношению к противоположному полу у студентов-первокурсников существуют завышенные ожидания, чувства часто амбивалентны: от негативных выражений в адрес юношей или девушек до описания сказочных принцев и принцесс. Выяснилось в ходе исследования, что большинство студентов-первокурсников беспокоятся, что семья не воспринимает их как зрелую личность, но при этом не ощущают трудностей в общении с ней. Лишь у немногих существуют отношения с родителями «на равных». Выявлены значимые отличия по шкале «Чувство вины». В большей степени оно присуще экспериментальной группе психологического факультета. ($t_{мп}=2,73$, при $t_{кр}=2,02$).

По методике «Личностный дифференциал» по всем шкалам были получены значимые различия. По шкале «Оценка» - ($t_{мп} = 4,71$), по шкале «Сила» - ($t_{мп} = 2,39$), по шкале «Активность» - ($t_{мп} = 3,31$), при $t_{кр}=2,02$. Таким образом, о студентах факультета экономики и управления, по данной методике, можно сказать следующее: испытуемые принимают себя как личность, они склонны осознавать себя как носителей позитивных, социально желательных характеристик, в определенном смысле удовлетворены собой. Уверенные в себе, независимые, способные рассчитывать на собственные силы в трудных ситуациях, студенты проявляют высокую активность, общительность, импульсивность. В то время как студенты психологического факультета менее уверены в себе, считают себя менее привлекательными, в трудных ситуациях надеются на случай.

Особенности эмоционально-ценностного отношения к себе у студентов с высоким уровнем невротизации

Е. А. Куц, С. А. Корнеева

(Белгородский государственный университет, Белгород, Россия)

Выделение эмоционально-ценностного самоотношения личности в качестве самостоятельного объекта психологического анализа обусловлено его особой природой и специфическими функциями в общей системе самосознания.

Эмоционально-ценностная составляющая самоотношения более «закрыта», индивидуализирована, зависима от субъективных критериев оценки и в результате этого является достаточно стабильным личностным образованием, относительно мало подверженным влиянию актуального, текущего опыта. Она выражает обобщенную, неискаженную оценку личностью своего «Я» как условия самореализации и тесно связана с ее смыслообразующими мотивами.

Таким образом, становится очевидным, что связь самосознания, а в частности эмоционально-ценностного отношения к себе, с психическим здоровьем очень тесная, что и представляет наш исследовательский интерес при изучении невротической проблематики.

Точных данных о распространенности неврозов нет. Имеющиеся сведения представлены по отдельным регионам: от 15,8 до 21,8 на 1000 населения. Среди психических заболеваний на долю неврозов приходится 20-25% (Петраков Б.Д., 1995). По данным А.С. Киселев и З.Г. Сочнева (1988), среди студентов больные неврозами составляют 54,6%, а среди непсихотических расстройств неврозы и психопатии занимают второе место (30,5%). Кроме того, до настоящего времени в отношении дефиниции невроза нет единого мнения. В процессе становления неврологии различные значения этого понятия накладывались друг на друга. В последнее десятилетие проблемы, связанные с происхождением неврозов, стали подвергаться активному пересмотру. Отношение к этому заболеванию как к легкой психической дисфункции в значительной степени изменяется. Сам термин «невротичный», хотя и является медицинским по происхождению, но не может использоваться без учета социо-культурных аспектов его значения. Таким образом, при анализе невротической проблематики психологический подход занимает особое место.

Проблема настоящего исследования: каковы особенности эмоционально-ценностного самоотношения у студентов при высоком уровне невротизации.

В исследовании приняло участие 65 студентов 2-3 курса факультетов психологии и компьютерных наук и телекоммуникаций (КНиТ) Белгородского государственного университета.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики:

1) для выявления невротизированных студентов – «Опросник для определения уровня невротизации и психопатизации» (УНП);

- 2) для исследования уровня самооотношения – опросник С.Р. Пантилеева «Методика определения самооотношения» (МИС);
- 3) для изучения эмоционально-ценностного самооотношения – «Методика косвенного измерения системы самооценки» (КИСС) (адаптация Е.О. Федотовой, Е.Т. Соколовой);
- 4) для определения эмоционального фона и уровня отношения человека к себе – «Цветовой тест отношений» (ЦТО) Е.Ф. Бажина и А.М. Эткинды.

Данные, полученные при помощи опросника УНП, позволили разделить всю выборку студентов на группы в зависимости степени выраженности уровня невротизации. Повышенный уровень невротизации в выборке студентов факультета психологии составил 33%, в свою очередь на факультете КНиТ – 34%.

Обнаруженные в исследовании особенности эмоционально-ценностного отношения к себе подтверждаются и дополняются рядом корреляционных плеяд. Была выявлена значимая отрицательная корреляционная связь между методикой КИСС и шкалой МИС – саморуководство у испытуемых, склонных к невротическим реакциям (-0,51). Это говорит о том, что высокий уровень отрицательного самооотношения предполагает низкий уровень саморуководства, опоры на собственные решения, мысли, поступки, большую выраженность внешнего локуса контроля. Справедливо также обратное положение: уровень саморуководства возрастает при снижении отрицательного самооотношения. Таким образом, испытуемые с высоким уровнем невротизации и отрицательным самооотношением подвержены влияниям обстоятельств, отличаются неспособностью противостоять судьбе, плохой саморегуляцией, размытым «фокусом Я», отсутствием тенденций поиска причины поступков и результатов в себе самом. Если же уровень невротизации не превышает нормативный показатель, а самооотношение имеет положительный радикал, то мы можем говорить о том, что человек отчетливо переживает собственное Я как внутренний стержень, интегрирующий и организующий его личность и жизнедеятельность, считает, что его судьба находится в собственных руках, чувствует обоснованность и последовательность своих внутренних побуждений и целей.

Также значимая отрицательная связь обнаружена между шкалой «самоценность» и уровнем самопринятия. Это говорит о наличии обратной связи между уровнем эмоционально-ценностного самооотношения и способностью к отражению эмоциональной оценки себя, своего Я по внутренним интимным критериям любви, духовности, богатства внутреннего мира. Так, чем выше отрицательный показатель самопринятия у студентов, склонных к невротическим реакциям, тем более выражена склонность индивида к переоценке своего духовного Я, к сомнению в ценности собственной личности, к ответственности, граничащей с безразличием к своему Я, потери интереса к своему внутреннему миру. Если значения по отрицательному самопринятию понижаются, то показатели по шкале самоценности повышаются, что позволяет говорить о заинтересованности в собственном Я, любви к себе, ощущении ценности собственной личности и одновременно предполагаемой ценности своего Я для других.

Была обнаружена отрицательная связь с методикой КИСС, самопринятием и показателями по шкале «самопривязанность» (-0,57). Это указывает на следующую закономерность в проявлении данных сторон личности: чем менее выражено самопринятие, тем ниже показатели самопривязанности. Это значит, что у испытуемых преобладают противоположные тенденции: желание что-то в себе изменить, соответствовать идеальному представлению о себе и неудовлетворенность собой. Если наблюдается обратная зависимость, это значит, что у испытуемых преобладает тенденция к постоянству Я-концепции, привязанности, нежеланию меняться на фоне общего положительного отношения к себе.

Особый интерес представляет наличие связи между показателями неприятием себя и внутренней конфликтностью (0,64), так как средние показатели по этой шкале понижены. Это значит, что высокий уровень невротизации предполагает выраженность внутренних конфликтов, сопровождаемых переживанием чувства вины, отрицанием своего истинного Я. Постоянная неудовлетворенность и споры протекают на фоне неадекватно заниженной самооценки, что приводит к сомнениям в своей способности что-то предпринять или изменить. Рефлексия протекает на общем негативном эмоциональном фоне по отношению к себе. Причем конфликтная аутокоммуникация не только не приносит облегчения, но наоборот, лишь усугубляет негативные эмоции. При наличии обратной зависимости наблюдается умеренное повышение значений по шкале, что говорит о повышенной рефлексии, глубоком проникновении в себя, осознании своих трудностей, адекватном образе Я.

Уровень невротизации коррелирует со следующими шкалами: зеркальное Я (0,53), самообвинение (0,56), самопривязанность (-0,50). Это значит следующее. Повышение уровня невротизации ведет к повышению ожидаемых требований в отношениях с другими людьми, а также желания повышенного внимания к себе, своей деятельности. Помимо увеличения требований, усиливается их интенсивность, актуализируются потребности в уважении, симпатии, понимании. И наоборот, при снижении уровня невротизации требования к социальному окружению снижаются и усиливаются ожидания противоположных чувств по отношению к себе от другого. Это указывает на зависимость невротизированных испытуемых от социума и ситуации, неспособности продуктивно разрешать затруднительные вопросы самостоятельно.

Особый интерес представляет наличие положительной корреляционной связи между уровнем невротизации и усилением тенденции к самообвинению. Это значит, что при высоком уровне невротизации будет проявляться высокий уровень самообвинения, который найдет свое отражение в интрапунитивности, самообвинении, готовности винить себя за свои неудачи, собственные недостатки. Также стоит отметить

отсутствие симпатии к себе, что сопровождается негативными эмоциями в свой адрес, несмотря на высокую самооценку собственных качеств. Данная закономерность еще раз подтверждает, что невротизированные личности раздираемы внутренними противоречиями. Для них характерно отсутствие симпатии к себе при высокой оценке собственных качеств, зависимость от социального окружения, ожидание помощи при разрешении затруднительных ситуаций, перекалывание ответственности и высокий уровень самообвинения при усилении стрессорирующих факторов.

Обратная зависимость высокого уровня невротизации и самопривязанности говорит о том, что высокий уровень невротизации подразумевает стремление к внутренним переменам, потребность соответствия идеальному представлению о себе, неудовлетворенность собой. Справедливо и обратное предположение: высокие требования к себе усиливают тенденцию к невротическим реакциям. Если же уровень невротизации низкий или вовсе отсутствует, то мы говорим о постоянстве Я-концепции, привязанности к себе, нежелании меняться на фоне общего положительного отношения к себе.

Кроме того, проводя корреляционный анализ, были выявлены статистически значимые связи между следующими шкалами МИС: саморуководство – зеркальное Я (0,56), самопривязанность – внутренняя конфликтность (-0,57), самопривязанность – самообвинение (-0,58), внутренняя конфликтность – самообвинение (0,52). Исходя из поставленных задач, мы считаем нецелесообразным описывать эти связи, так как они дублируют результаты выше представленных корреляционных плеяд и не несут информационной новизны.

Исходя из структуры методики МИС и выделенных авторами независимых факторов, можно говорить о том, что у студентов с высоким уровнем невротизации и отрицательным эмоциональным отношением к себе имеются искажения всех трех факторов: характерны внутренняя конфликтность, недостаточность аутосимпатии и самоуважения.

Таким образом, на основании выявленных корреляционных плеяд и данных, полученных при помощи качественного анализа, можно сделать выводы относительно особенностей эмоционально-ценностного отношения к себе при высоком уровне невротизации, которые заключаются в следующем.

- 1) Повышение ожидаемых требований от социума, усиление их интенсивности. Чрезмерная актуализация потребности в уважении, симпатии, понимании, повышение чувствительности к особенностям социального взаимоотношения. Это говорит о зависимости невротизированных испытуемых от социума и ситуации, с одной стороны, и о социальной робости – с другой, о неспособности продуктивно разрешать затруднительные вопросы самостоятельно.
- 2) При высоком уровне невротизации имеет место высокий уровень самообвинения, который может проявляться в интрапунитивности, самообвинении, готовности винить себя за свои неудачи, собственные недостатки.
- 3) Слабость такого аспекта личности, как саморуководство. Это проявляется в неспособности самостоятельно принимать решения, в ориентации на мнение окружающих, в зависимости от социума и обстоятельств, в размытом «фокусе Я», отсутствии тенденций поиска причины поступков и результатов в себе самом.
- 4) Искажения самооценности. Это значит, что у испытуемых с высоким уровнем невротизации наблюдается склонность к сомнению в ценности собственной личности, неустойчивость ответственности за себя, граничащая с безразличием к своему Я, потеря интереса к своему внутреннему миру либо чрезмерная выраженность рефлексии, которая не приносит пользы.
- 5) Неадекватность самопривязанности. Она может проявляться в преобладании у испытуемых таких противоположных тенденций, как желание соответствовать идеальному представлению о себе в сочетании с нежеланием что-то менять в себе. Это тот внутренний конфликт, о котором писала К. Хорни. Она утверждала, что невротики являются жертвами своих извращенных потребностей, их внутренний мир находится в состоянии хронического напряжения и разрываем противоположно направленными мотивами.
- 6) Повышенный уровень внутренней конфликтности. Данная характеристика самоотношения находит свое отражение в таких проявлениях, как несогласие с собой и склонность к переживанию чувства вины.

Сравнительный анализ восприятия «Я-телесности» у студентов технических и гуманитарных специальностей

И. И. Нейгебауэр

(Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Россия)

Н. Ю. Оганесян

(Городская психиатрическая больница № 6,
Клиника неврозов им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия)

Я-телесность представляет интерес и является предметом одновременного изучения разных психологических дисциплин. Мы отмечаем, что данное исследование можно отнести к таким относительно новым направлениям в психологии, как «психология здоровья» и «психология телесности», которые активно разрабатывал В.А. Ананьев (2006). Эти направления возникли в конце 20 века на основе

достижений современной психосоматики. Однако, в отличие от психосоматики, психология телесности изучает не только болезненные проявления телесности, но и проблематику «здорового тела». Как новое направление психология телесности нуждается в новых исследованиях. На сегодняшний день многие исследования по восприятию Я-телесности посвящены изучению больных людей, например, больных нервной анорексией (Дорожевец А.Н., 1986). Существует не так много практических исследований, посвященных изучению здоровой телесности, а необходимость в изучении этого аспекта есть. Наше исследование посвящено изучению общих закономерностей восприятия здоровой телесности и отчасти должно восполнить этот пробел.

Гипотеза исследования. Нами было выдвинуто предположение, что различия в мышлении и особенности сферы деятельности студентов технических и гуманитарных специальностей определяют разное восприятие своей телесности и разную способность дифференцировать телесные ощущения. Это связано с наличием в литературе (Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т., 1993) сведений о зависимости восприятия собственного тела от уровня когнитивной дифференциации и когнитивного стиля (полезависимость – полнезависимость).

Объект исследования. В настоящем исследовании приняли участие 51 студент вузов города Санкт-Петербурга. Испытуемые были разделены нами на 4 группы.

Первую группу составили 15 студентов первого курса Физико-механического факультета Санкт-Петербургского государственного политехнического университета (СПбГПУ), из них 7 юношей, 8 девушек; средний возраст в этой группе составил $17,9 \pm 0,6$ лет.

Во вторую группу вошли 7 студентов того же факультета, обучающихся в аспирантуре и на старших курсах, из них 2 юноши, 5 девушек; средний возраст $22,1 \pm 2,0$ лет.

В третью группу вошли 14 студентов первого курса, обучающиеся на психолого-педагогическом факультете РГПУ им. А.И. Герцена, из них 2 юноши, 12 девушек; средний возраст в группе составил $18,1 \pm 1,0$ лет.

И, наконец, в четвертую группу вошли 15 студентов психолого-педагогического факультета РГПУ им. А.И. Герцена, обучающихся на старших курсах, а также получающих второе высшее образование, из них 2 мужчины, 13 женщин; средний возраст в группе $30,1 \pm 9,1$ лет.

Нами был проведен сравнительный анализ групп студентов первого курса психологической и технической специальностей и двух групп студентов старших курсов соответствующих специальностей. Затем результаты сопоставлялись.

Предмет исследования: восприятие «Я-телесности» у студентов технических и гуманитарных специальностей.

Цель исследования: определить уровень ощущения своего тела и восприятия «Я-телесности» у студентов технических и гуманитарных специальностей, соотнести их с характеристиками эмоциональной и когнитивной сферы и провести сравнительный анализ.

Методы исследования

- 1) Уровень восприятия Я-телесности измерялся с помощью модифицированной методики «Анализ телесных напряжений» Н.Ю. Оганесян и проективного рисунка «Где живут чувства?» В.А. Ананьева.
- 2) Для измерения уровней депрессии, тревожности и алекситимии нами использовались шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилбергера-Ханина и Торонтская шкала алекситимии.
- 3) Уровень полезависимости-полнезависимости измерялся с помощью теста включенных фигур Готшильда. В тесте Готшильда задача испытуемого состояла в том, чтобы найти и показать в сложной фигуре более простую фигуру, заданную образцом. Испытуемые, с трудом отвлекающиеся от структуры перцептивного поля, относятся к категории полезависимых.

В ходе исследования было выявлено, что студенты технических и психологических специальностей в равной степени хорошо дифференцируют напряжения в своем теле, а также способны проецировать эмоции на тело. Основные различия в восприятии Я-телесности проявились в разном уровне целостности восприятия.

По методике Н.Ю. Оганесян мы можем констатировать, что студенты-психологи в своем восприятии чаще разделяли Я-телесность на части – отделяли верх тела, туловище и низ тела друг от друга, в то время как студенты технических специальностей воспринимали свою телесность более целостно. Это выражалось в том, что студенты-психологи чаще, чем студенты технических специальностей, испытывали напряжение в области скул и талии ($p \leq 0,1$).

Были отмечены различные тенденции в локализации напряжений в теле у студентов технических и психологических специальностей. Психологи чаще всего отмечали напряжение в области шеи ($57,1\%$ – студенты первого курса; 60% – старшие курсы) и ступней ($42,9\%$ – первый курс; $53,3\%$ – старшие курсы). Студенты технических специальностей чаще всего выбирали область глаз (60% – первый курс; $57,1\%$ – старшие курсы) и шеи ($66,7\%$ – первый курс; $57,1\%$ – старшие курсы), ни разу не были выбраны рот, талия. Таким образом, чаще всего у студентов обоих направлений напряжение приходится на область шеи, которая соединяет голову с телом, что может говорить о конфликте между сферами разума и чувств, свойственным обеим группам студентов. Несмотря на более высокую способность вербализировать свои эмоции, студентам-психологам значительно чаще были свойственны напряжения в области рта и скул ($p \leq 0,2$), что может говорить о подавлении эмоций и контроле над речью. При этом психологи связывали рот с

положительно окрашенными эмоциями. Также студенты-психологи чаще отмечали напряжение в зонах, символизирующих межличностные контакты, – руки, рот (вербальное взаимодействие). На наш взгляд, эти факты можно объяснить скорее не особенностями мышления типичного гуманитария, а особенностями людей, вступающих в сферу психологии. Студенты технических специальностей чаще испытывают напряжение в области глаз ($p \leq 0,05$), что связано с особенностями их деятельности, и может быть вызвано высокой концентрацией внимания и работой за компьютером.

По методике В.А. Ананьева можно отметить, что студенты обеих специальностей примерно с одинаковой частотой выбирали как положительные, так и отрицательные эмоции. Процент положительных эмоций составлял 60% против 40% отрицательных. С возрастом увеличивалась доля отрицательных эмоций. В качестве области для проекции эмоций студенты всех четырех групп чаще всего выбирали верхнюю часть головы (в зависимости от группы от 60% до 80% студентов). Следующей часто встречающейся областью для проекции эмоций было сердце у психологов, и грудь – у студентов технических специальностей. Таким образом, с эмоциями студенты чаще всего связывают голову и сердце. При этом с зоной верха головы у студентов технических специальностей ассоциируется преимущественно положительная эмоция, а у студентов психологов – отрицательная. Эта тенденция остается, но сглаживается у старших групп студентов. Это может быть связано с тем, что студенты технических специальностей рассматривают зону верха головы, где расположен мозг, как источник радости труда и профессионального успеха. Студенты-психологи, напротив, могут полагать, что мозг является источником проблем, порождая конфликты. Также можно отметить выраженную положительную «заряженность» зоны ступней у психологов по сравнению с нейтральным восприятием этой зоны студентами технических специальностей ($p \leq 0,2$).

Исследуя взаимосвязи результатов методики Готшильда с остальными методиками, не удалось выявить тенденций, типичных для технического или психологического направления. В каждой из четырех групп испытуемых взаимосвязи между показателями были неповторимо индивидуальны и не воспроизводились в другой группе того же направления. Таким образом, исследование не подтвердило предположение о взаимосвязи когнитивного стиля по параметру полезависимость/полenezависимость и восприятия Я-телесности у студентов технических и гуманитарных специальностей.

Исследуя корреляционные взаимосвязи по всем методикам в каждой из четырех групп, можно отметить, что такие характеристики эмоциональной сферы, как депрессия и тревожность, оказались связаны с восприятием Я-телесности. Были выявлены общие тенденции проявления депрессии в напряжении на уровне груди и тревоги – в напряжении в конечностях. В обеих группах студентов технических специальностей была обнаружена прямая взаимосвязь депрессии с напряжением на уровне груди (для первого курса коэффициент корреляции r -Пирсона = 0,672, $p \leq 0,01$; для старших курсов $r=0,960$, $p \leq 0,01$). Для студентов психологов прямая взаимосвязь была менее выражена на первом курсе ($r=0,568$, $p \leq 0,05$); на старших курсах она проявилась во взаимосвязи с выбором эмоций в центре груди по методике В.А. Ананьева: чем выше показатель депрессии, тем чаще студенты связывали область груди с негативными эмоциями ($r=-0,624$, $p \leq 0,05$). Интересная взаимосвязь высокого уровня значимости была отмечена в двух из исследованных групп: показатели проявления депрессии оказались прямо связаны с напряжением в почках у студентов-психологов первого курса ($r=0,734$, $p \leq 0,01$) и студентов старших курсов технических специальностей ($r=0,960$, $p \leq 0,01$).

Тревога проявляется напряжением в конечностях, причем у психологов это напряжение в руках (первый курс $r=0,571$, $p \leq 0,05$; старшие курсы $r=0,585$, $p \leq 0,05$), а у студентов технических специальностей – в ногах (старшие курсы $r=0,867$, $p \leq 0,01$; первый курс – «зона коленей» $r=0,518$, $p \leq 0,05$). Это объяснимо принадлежностью к разным сферам деятельности: руки отвечают за контакты в социуме – это особенность профессиональной деятельности психологов; статичная поза при работе вызывает напряжение в ногах у студентов технических специальностей. Психологи также отмечают при тревоге напряжение в животе (первый курс $r=0,587$, $p \leq 0,05$; старшие курсы $r=0,621$, $p \leq 0,05$).

Исследование выявило также некоторые особенности взаимосвязей переживаний в разных частях тела у студентов технических и психологических специальностей. Так, была выявлена тенденция приписывания эмоций одинакового полюса, положительных или отрицательных, одновременно верхним и нижним конечностям. При этом студенты-психологи чаще приписывали эмоции одинакового полюса одновременно рукам и ногам в целом (первый курс $r=0,849$, $p \leq 0,01$; старшие курсы $r=1,000$, $p \leq 0,01$). А студенты технических специальностей – одновременно кистям рук и ступням (первый курс $r=0,866$, $p \leq 0,01$; для старших курсов «негативные эмоции в кистях рук связаны с напряжением в ступнях» $r=-0,944$, $p \leq 0,01$). У студентов-психологов была выявлена также прямая взаимосвязь напряжения в руках и напряжения в области рта (первый курс $r=0,782$, $p \leq 0,01$; старшие курсы $r=0,526$, $p \leq 0,05$) – в зонах, символизирующих социальные контакты.

Подводя итог, можно сказать, что в данном исследовании не удалось подтвердить гипотезу о зависимости восприятия Я-телесности от различий в мышлении и сфере деятельности у студентов гуманитарных и технических специальностей, но удалось выявить некоторые интересные закономерности, которые требуют более тщательного изучения.

В заключение мы можем отметить, что результаты данной работы могут быть учтены при планировании и проведении занятий по психологии в технических ВУЗах. Преподавателям психологии в технических ВУЗах следует учитывать особенности телесных напряжений, типичные для этих студентов, и

включать в программу обучение студентов навыкам релаксации и снятия мышечного напряжения, особенно в области глаз, позвоночника и ног. Это может быть организовано в форме телесно-ориентированных тренинговых программ. Результаты исследования могут быть использованы в практике индивидуального психологического консультирования студентов психологических и технических специальностей и способствовать лучшему пониманию психологами, консультантами, телесно-ориентированными психотерапевтами телесного состояния студентов.

Клинико-психологические особенности общения и поведения умственно отсталых школьников

П. О. Омарова

(Дагестанский государственный педагогический университет, Махачкала, Россия)

В клинической психологии и коррекционной педагогике интерес к проблеме общения и поведения лиц с недостатками в развитии связан с тем, что в условиях аномального развития они приобретают качественное своеобразие в зависимости от структуры нарушения.

Правильное воспитание, специальное обучение, учитывающие особенности интеллектуального дефекта, позволяют этим детям оптимальным образом реализовать имеющиеся психические возможности и впоследствии достаточно успешно адаптироваться в обычных социальных условиях: в быту, в трудовом коллективе и т.д. (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева, Д.Е. Мелехов, Х.И. Шиф, В.Г. Петрова, В.И. Лубовский, О.К. Агавелян, П.О. Омарова).

Ю.Т. Матасов (1991) отмечает, что в современной специальной психологии установилось признание своеобразия психического развития умственно отсталого ребенка при наличии общих закономерностей развития нормального и аномального ребенка.

В становлении отечественной дефектологии особую роль сыграл Л.С. Выготский. Именно благодаря его деятельности изучение, воспитание и обучение аномальных детей приобретает прочную научную основу. Ему удалось осмыслить сущность и природу дефективности и социальную значимость помощи детям с проблемами в развитии в нашей стране.

Особую актуальность для нас приобретает его работа «Коллектив как фактор развития дефективного ребенка». Л.С. Выготский, изучая особенности общения и поведения в свободных коллективах умственно отсталых детей, приходит к выводу, что умственно отсталые дети предпочитают выбирать партнеров по общению, имеющих отличную от них степень умственной отсталости. Так, ребенок с олигофренией в степени имбецильности предпочитает ребенка с менее выраженной умственной отсталостью (в степени дебильности), и наоборот, ребенок, страдающий олигофренией в степени дебильности, предпочитает ребенка с более тяжелой степенью умственной отсталости. Л.С. Выготский называет это явление «взаимным обслуживанием».

Интеллектуально более сохранный ребенок получает возможность проявить свою социальную активность по отношению к менее одаренному и активному, возможность опекать его, удовлетворяя свои базальные потребности в контроле и признании. Его партнер реализует свою потребность в общении с более активным субъектом, который выступает для него в роли неосознаваемого идеала. Следует отметить, что к аналогичному выводу приходит Н.Н. Обозов при изучении межличностных отношений взрослых нормальных людей: различие показателей интеллекта является одним из условий межличностной привлекательности.

Параллельно с Л.С. Выготским изучением коллективов умственно отсталых занялись В.П. Кащенко и Г.В. Мурашов (1926, 1929). Рассматривая умственно отсталого ребенка как «слабо одаренного» в социальном отношении и имеющего искажение социальных установок, авторы приходят к выводу, что именно через хорошо организованный детский коллектив у такого ребенка возможна коррекция этих недостатков. Эта позиция нашла дальнейшее развитие в работах М.И. Кузьмицкой (1959), А.Н.Смирновой (1960) Г.М. Дульнева (1961), Н.А. Лялина (1968), В.В. Коркунова (1983).

Личность умственно отсталого школьника формируется в процессе его общения с окружающими людьми. Побуждение у умственно отсталых детей поступать согласно правилам, моральные поступки могут возникнуть под влиянием словесного воздействия, но большая сила принадлежит подражанию, примеру и практической деятельности в коллективе.

Целый ряд работ посвящен вопросам формирования личности умственно отсталого ребенка именно через коллектив, в частности проблемам личных взаимоотношений между учащимися (Л.И. Даргевичене, 1971; В.А. Вяренец, 1971; Е.А. Гордиенко, 1981); воспитанию нравственных качеств (Т.А. Процко и Е.А. Ненашева 1986), формированию навыков культуры поведения и моральной оценки на поступки (Л.Ю. Каукенайте, 1975; Н.М. Буфетов, 1983; Л.М. Саралийская, 1983; Е.С. Кузьмина, 1985; В.Е. Жиленкова, 2000); формированию навыков общения (О.К. Агавелян, 1989; Е.И. Разуван, 1989; Е.А. Шилова, 1998; П.О. Омарова, 2000, 2002; Д.М. Маллаев, П.О. Омарова и О.А. Бажукова, 2009).

В процессе появления аффективно-эмоциональных обобщений ребенку становятся доступнее, понятнее и те правила и нормы поведения, общения в коллективе, которые ему сообщает учитель,

воспитатель. Причем если нормальный ребенок рано или поздно может прийти к словесно-логическим обобщениям норм своего поведения почти самостоятельно, то умственно отсталому ребенку в этом надо помочь, то есть вовремя сообщить эти обобщения, правила. В дальнейшем эти правила могут стать для умственно отсталого ученика регулирующими факторами его поведения. Однако главным остается то, насколько ученик практически научен выполнять эти правила в период организации его общения с коллективом детей и с коллективом взрослых.

Особенности психики и недоразвитие высших психических процессов и свойств личности умственно отсталого сужают круг его отношений и связей, сфера и масштаб их действия более ограничены, более элементарны и просты, менее интимны и разнообразны, отличаются прямым, непосредственным характером. Образующиеся внутриколлективные отношения и связи носят индивидуальный характер, часто они находятся на уровне переживаний. Эти отношения менее гибки, менее устойчивы, носят чисто ситуационный характер.

Ж.И. Намазбаева (1985) указывает на то, сколь велико воздействие социальной среды на развитие умственно отсталых детей. Школа составляет существенную часть этой социальной среды. Именно в процессе обучения у детей с легкой степенью умственной отсталости выявляются потенциальные возможности, использование которых в известной мере содействует коррекции дефекта. При специальном обучении у умственно отсталых детей развиваются такие виды сложной психической деятельности, как целенаправленное наблюдение, сложные формы анализа и синтеза, обобщение и процессы сравнения. Развитие этих психических процессов имеет большое значение для социальной адаптации умственно отсталых подростков.

Несмотря на то что эти подростки критически оценивают свои качества личности, они продолжают ориентироваться на мнение взрослого. Автор считает, что это говорит об их инфантильности. Также Ч.Б. Кожалиева отмечает, что подростки в процессе общения чаще всего склонны придерживаться агрессивного стиля, конфликтного характера взаимодействия.

В исследованиях Л.И. Даргевичене (1971), В.А. Вярнен (1971), Т.А. Процко и О.Т. Китиной (1991), А.И. Гаурилюс (1995) делается вывод, что обеспечить себе высокое удовлетворение в общении способны лишь учащиеся более старших возрастных групп (не ранее четвертого класса). Выявлены как факторы, способствующие высокой межличностной привлекательности учащихся, так и факторы, снижающие межличностную привлекательность школьников. К первой категории относятся: красивая внешность, физическая сила, организаторские и творческие способности, хорошая успеваемость, щедрость, честность и другие. Ко вторым – грубость, жестокость, наличие неврологической симптоматики, различные физические дефекты, плохая успеваемость, жадность, нечистоплотность.

Н.Л. Колominский (1978), Е.А. Гордиенко (1981) отмечают, что умственно отсталые дети с негативными личностными чертами (конфликтность, агрессивность), а также с психопатоподобными расстройствами пользуются наименьшей популярностью среди одноклассников.

Экспериментальные данные, полученные Л.И. Даргевичене, В.А. Вярнен, Т.А. Процко и О.Т. Китиной, подтверждают выводы Л.С. Выготского о предпочтительности для умственно отсталого школьника выбора такого партнера по общению, интеллектуальные показатели которого несколько отличаются от его собственных. Решающим фактором, определяющим положение умственно отсталых детей в системе личных взаимоотношений, является деятельность. Интеллектуальное и соматическое состояние лишь косвенным образом воздействуют на направленность личности и поведение подростка постольку, поскольку они связаны с нарушением деятельности. Дефект не предполагает неизменяемого положения ребенка в системе личных взаимоотношений.

При изучении особенностей психического развития детей с умственной отсталостью нельзя не рассмотреть работы, занимающиеся изучением психопатологии общения и поведения при умственной отсталости (М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, С.Я. Рубинштейн).

Несмотря на огромную инвариантность отклоняющегося от нормы общения и поведения умственно отсталых подростков, клинико-психологическая структура этих нарушений может быть разделена на два психопатологических варианта (К.С. Лебединская, 1976):

- 1) психическая декомпенсация невротического типа;
- 2) психическая декомпенсация психопатоподобного типа с а) преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости, б) преобладанием аффективной возбудимости, в) преобладанием патологии влечений.

Психическая декомпенсация невротического типа связана в основном с болезненным переживанием чувства собственной интеллектуальной неполноценности. У подростков отмечается тяжелая психическая ранимость, неверие в свои возможности, страх перед будущим, преувеличенное переживание неудач, снижается продуктивность учебной деятельности.

Чувство неполноценности способствует появлению у некоторой части подростков аутистических склонностей (от греч. «сам») – болезненного состояния психики, характеризующегося сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом в себя от реального внешнего мира. Подростки охотно остаются одни, особенно на природе, предпочитают занятия, не требующие общества (коллекционирование, рисование, чтение). В фантазиях компенсаторного типа они представляют себя красивыми и сильными. Ряд поступков, внешне носящий асоциальный характер, например, немотивированные прогулы, попытки бродяжничества, также носят характер защитных реакций. Также надо отметить, что у таких подростков отмечается и ряд

положительных личностных свойств: доброжелательность, привязанность к родителям, учителям. Они охотно выполняют доступную для них работу по дому, интернату.

Психическая декомпенсация психопатоподобного типа проявляется в различных вариантах: эмоционально-волевой неустойчивости, аффективной возбудимости и двигательной расторможенности, патологии влечений.

Помимо нарушений школьной дисциплины (неусидчивости, раздражительности, склонности к немотивированным конфликтам с учителями и соучениками, агрессии, систематическим прогулам) у этой части подростков наблюдается асоциальное поведение (ранняя алкоголизация, воровство, бродяжничество, склонность к нарко- и токсикомании, сексуальные эксцессы). Для них характерно абсолютное отсутствие интереса к школьным занятиям. Как правило, это именно та часть подростков, которая состоит на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних.

Во всем их поведении преобладает эмоционально-волевая неустойчивость, незрелость. Выраженная инфантильность проявляется в веселом беззаботном настроении со склонностью к суетливости и назойливости, с отсутствием стойких привязанностей при большой общительности.

Движущий мотив поведения этих подростков – удовольствие. От заданий, требующих даже незначительных усилий, они отказываются. В любом виде деятельности они импульсивны, нетерпеливы и пресыщаемы и очень трусливы. Из-за повышенной внушаемости часто вовлекаются в конфликты или становятся орудием совершения правонарушений или преступлений (некоторые осознают это сами). Незрелые формы самоутверждения проявляются в хвастовстве, примитивных вымыслах.

Часто аффективная возбудимость провоцируется рядом утрированно подростковых психологических особенностей: обостренным самолюбием, нетерпимостью к критике, протестом, негативизмом по отношению к авторитету взрослых. Многие начинают скрывать, что учатся во вспомогательной школе. Насмешки по поводу интеллектуальной недостаточности вызывают у них бурные аффективные вспышки с агрессией, драками, стремлением к самоутверждению и доказательству своего физического превосходства. У подростков этой группы могут наблюдаться и немотивированные колебания настроения в виде дисфории со злобностью, угрюмостью, подозрительностью.

Патология влечений у умственно отсталых подростков носит неодолимый характер, что определяет весь образ их жизни и нередко препятствует самому пребыванию в школе (интернате). У девочек этой категории подростков основное место занимает повышенная сексуальность. Некоторые из них сами расценивают это влечение как вредное, болезненное, считают себя «несчастливыми». С повышенной сексуальностью тесно связана и склонность к бродяжничеству. Подростки вступают в беспорядочные половые связи, курят, употребляют алкоголь. У многих имеется склонность к мелкому воровству.

У мальчиков, наряду с сексуальностью, на первом месте выступает склонность к бродяжничеству, воровству, алкоголизму. Побег, воровство, алкоголизм принимают неодолимый и бесцельный характер, нередко возникают в период дисфории. Сочетание алкоголизма, наркомании и токсикомании с интеллектуальной неполноценностью этих подростков приводит их в группу риска в социальном плане, а нередко и к преступлениям, особенно в тех случаях, когда патологическое влечение приобретает характер агрессивности, жестокости, садизма.

Недифференцированность межличностного познания, недостаточная адекватность восприятия и отношения к людям, слабость регуляции собственного поведения являются для умственно отсталых учащихся практически труднопреодолимыми. Отношения аномальных детей к другим людям, их социально-перцептивные установки, эталоны и стереотипы формируются в процессе учебно-воспитательной работы.

Таким образом, анализ литературных источников и собственные исследования позволяют нам сделать вывод о значительном интересе исследователей, неоднозначности и разноплановости теоретико-методологических подходов к изучению и коррекции отклонений в поведении и общении школьников с умственной отсталостью, необходимости дальнейшего научно-практического исследования этой проблемы.

«Идеальный педагог». Взгляд молодых врачей

Н. А. Панина

(Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия).

Введение. Совершенствование педагогического процесса в высшей школе тесно связано с личностью педагога. Развитие педагогики как самостоятельной дисциплины сформировало представления о качествах личности, которые обязательно должны присутствовать у человека, занимающегося преподаванием. Однако развитие любой отрасли знаний и совершенствование педагогического процесса оказывают постоянное сильное влияние на соотношение должного и реального в проблеме «идеальный педагог». В связи с этим процесс изучения профессионально значимых качеств личности «идеального» педагога продолжается.

Задача исследования: изучить динамику представлений об идеальном педагоге у молодых врачей, которые обучались в клинической ординатуре и изучали курс педагогики для клинических ординаторов.

Методы исследования. Для решения поставленной задачи была составлена анкета. Анкета включала девять вопросов с ранжированными вариантами ответов по каждому вопросу. Анкета предъявлялась дважды: до начала первого занятия курса педагогики и в конце последнего занятия. К представлению об идеальном педагоге имели отношение три вопроса анкеты. Анкетирование проводилось анонимно, без указания фамилии, специальности, пола, что позволило увеличить достоверность результатов. Далее был проведен анализ содержания ответов и статистическая обработка полученных данных.

Результаты. Из 204 клинических ординаторов, изучавших педагогику, заполнили анкеты – 101. Степень участия составила 49,5% от общего числа обучавшихся. Во вторичном анкетировании приняли участие 99 человек. Степень участия составила 48,5%.

Курс педагогики для клинических ординаторов ориентирован на профессиональное становление молодого врача-преподавателя. У врачей-ординаторов он направлен на формирование навыков педагогической деятельности в условиях учреждений здравоохранения и в медицинских образовательных заведениях различного уровня. Круг обсуждаемых проблем напрямую связан с предшествующим эмпирическим опытом, полученным в период обучения в вузе, в период прохождения интернатуры и освоения курса «Педагогики» для врачей-интернов. Рассматривается круг вопросов практической направленности. Программа также направлена на то, чтобы в период обучения клинические ординаторы апробировали собственные разработки по профессионально-педагогическим темам, затрагивающим сферу медицинской педагогики, деятельности в качестве врача-педагога в условиях лечебно-профилактических учреждений.

В результате первичного анкетирования было установлено, что на вопрос «лучшим педагогом является тот, кто ...», респонденты сделали следующие выборы. На первое место (50,0%) они поставили умение вызывать интерес к предмету так, что обучающиеся с удовольствием углубляют свои знания в этом предмете. На второе место (25,3 %) поставили умение создавать в коллективе такую атмосферу, при которой никто не боится высказать свое мнение. На третье место (15,2%) было поставлено проявление интереса к обучающимся и умение применить к каждому индивидуальный подход. На последнее место (8,9%) они поставили такое качество как строгость и справедливость.

После изучения курса педагогики и небольшого опыта практики по-прежнему на первом месте (42,8%) оставалось умение вызывает интерес к предмету так, что обучающиеся с удовольствием углубляют свои знания в этом предмете, и умение создавать в коллективе такую атмосферу, при которой никто не боится высказать свое мнение (23,5%). Значимость строгости и справедливости составила 10,2%.

На вопрос «В чем может проявляться Ваша «сила» («слабость») как будущего преподавателя?» были получены следующие ответы. И в первичном, и во вторичном анкетировании респонденты отдали по значимости предпочтение «умению общаться с обучающимися» (37,8% и 34,6%), «хорошей теоретической подготовке» (23,8% и 25,6%), «способности к педагогическому творчеству» (19,7% и 21,0%). В качестве слабых сторон личности будущего преподавателя в первичном анкетировании было отмечено «отсутствие практического опыта ведения занятий» (53,8%), «слабая теоретическая база» (17,7%), «недостаток терпения» (16,9%) и «неумение наладить общение с обучающимися» (11,5%). Во вторичном анкетировании были сделаны следующие выборы: «отсутствие практического опыта ведения занятий» (50,4%), «недостаток терпения» (18,9%), «слабая теоретическая база» (18,1%) и «неумение наладить общение с обучающимися» (12,6%).

Открытость, правдивость, высокий уровень владения содержанием преподаваемого предмета, доброжелательность, педагогический такт – это малая часть перечня качеств современных требований к «идеальному» педагогу. Так, Р. Дитерлих составил *перечень качеств «идеального» педагога*: самоконтроль, эмоциональная устойчивость, общительность, объективность, дружелюбие, ответственность, готовность к сотрудничеству, уверенность в себе, преобладание положительных черт характера, низкие показатели по шкалам депрессии, лжи, психопатии, ипохондрии. При построении *модели личности педагога* Р. Бруннер предложил девять компонентов: эмоциональная стабильность; положительная самооценка; систематическое планирование обучения; партнерская установка во взаимодействии с обучаемым; преобладание непрямых управленческих воздействий; избегание ригидных способов педагогического воздействия; применение групповых методов обучения; использование положительных стимулов; гибкость (к определению педагогических целей, к выбору средств и методов обучения и т.д.). В этих моделях в разных аспектах обсуждается две важные оси личности педагога. Это богатая эмоциональность с доминированием положительных эмоций и способности к эмпатии и сильные коммуникативные качества личности.

Результаты нашего исследования установили, что большинство участников анкетирования выделили в качестве наиболее важных качеств в первую очередь коммуникативные свойства и во вторую очередь глубокие знания о преподаваемом предмете. Важно отметить, что первый опыт преподавания выявил у них отсутствие практических навыков педагога и недостаток терпения. В меньшей степени они уделяли внимание творческим аспектам, эмоциональным качествам, этическим и моральным характеристикам, которые особенно ярко отражены в высказываниях знаменитого русского хирурга Н.И. Пирогова: «Даже желая от всей души сделаться истинными специалистами, мы не должны забывать, что для этого необходимо общечеловеческое образование»; «Я положил себе за правило при первом моем вступлении на кафедру ничего не скрывать от моих учеников, и если не сейчас же, то потом и немедля

открывать перед ними сделанную мной ошибку, будет ли она в диагнозе или в лечении болезни». Н.И. Пирогов подчеркивал значение связи школы с жизнью: «В моей педагогической деятельности я преимущественно заботился о согласии школы с жизнью, о свободе научного расследования, о возбуждении в учащихся и учащихся уважения к человеческому достоинству и истине». Не случайно К.Д. Ушинский говорил, что если бы Н.И. Пирогов ничего не сделал в медицине, то и тогда только один его вклад в педагогику поставил бы это имя рядом с выдающимися корифеями отечественной науки.

Заключение. Формирование педагога для преподавания в области медицины должно объединять два важных процесса. Первое – это формирование высококвалифицированного врача. Второе – формирование высококвалифицированного педагога. Обусловлено это тем, что учащимися врача становятся в первую очередь больные. Исследование динамики представлений об идеальном педагоге-враче у молодых специалистов установило, что оно отражает не только их представления об идеальном, но и их трудности и проблемы при освоении новой специальности.

Клинико-психологическая характеристика синдрома гиперактивности в детском возрасте и его профилактика

Е. В. Семакова, И. Ю. Макарова

(Смоленский государственный университет, Смоленск, Россия)

Синдром гиперактивности (СГА) является одной из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте.

Изучение детей с СГА имеет важное значение для психолого-педагогической практики в связи с его возможными последствиями, как для семьи, школы, так и для общества в целом. Ведь именно он может служить в дальнейшем причиной социальной дезадаптации ребенка (формирование различных аддиктивных, делинквентных и патохарактерологических форм поведения).

Целью нашего исследования явилось обоснование необходимости профилактики гиперактивности.

Для достижения поставленной цели проводилось обследование 69 детей (средний возраст обследованных $8,6 \pm 0,85$ лет). Дети включались в основную группу исследования после тщательного предварительного отбора с учетом диагностических данных, полученных в ходе психиатрического и неврологического обследований.

Изучались особенности пренатального и перинатального анамнеза и клинико-психологические проявления СГА.

Многие из обследованных нами детей имели отягощенный анамнез – 60 (87%): у 32 (46%) был отягощен антенатальный период, у 9 (13%) – интранатальный, у 5 (7%) – постнатальный, у 14 (20%) – патологические факторы действовали на различных этапах развития. Причем действие патологически значимых факторов наиболее часто отмечалось в антенатальном периоде – критерий хи-квадрат = 6,69, при $p < 0,05$.

У 47 (68%) детей с отягощенным перинатальным анамнезом после рождения регистрировались те или иные отклонения. Наиболее часто это была церебральная ишемия – 37 (54%) (критерий хи-квадрат = 30,77, при $p < 0,05$).

Таким образом, можно говорить о значимости особенностей внутриутробного развития в формировании изучаемого феномена.

Среди клинических проявлений у большинства обследованных (у 50 – 73%) регистрировалась различная неврологическая микросимптоматика. У 26 (38%) отмечали незрелость пирамидной системы; у 41 (59%) были зарегистрированы вестибулярно-координаторные расстройства (дисдиадохокinez). Задержка формирования высших корковых функций – дислалия, литеральные и вербальные парафазии, зеркальность – отмечены у 19 (28%), у 3 (4%) выявлен дизграфический статус.

Наибольший интерес вызывают психоэмоциональные особенности детей с СГА, на которых и хотелось бы остановиться более подробно.

К признакам психоэмоциональной дисгармонии можно отнести особую структуру жалоб детей. Наиболее часто (51 человек – 74%) родители отмечали у детей эмоциональную лабильность, неуравновешенность – в 46 случаях (67%), повышенную возбудимость – у 28 детей (40%), тревожность – у 16 (23%), негативизм – у 24 (34%); феномен зеркальной деятельности регистрировался у 10 (15%) человек. Доминирование такого рода жалоб являлось неотъемлемым признаком имеющегося расстройства психической и эмоциональной сферы у детей с СГА.

Бедность эмоциональных ощущений выявлялась при интерпретации использованных проективных методик (рисунок семьи, рисунок человека). Рисунки детей с СГА были невыразительны в цветовом отношении – у 37 (54%), стереотипны – у 17 (24%), с поверхностными образами – у 12 (17%). Это свидетельствует о нарушении формирования социальных представлений у этих детей, об искажении у них эмоциональной дифференцировки в восприятии отношений.

Взаимоотношения с окружением часто носят социально разрушительный характер, являясь источником разнообразных конфликтов, драк, недоразумений у 44 (63%) детей, характеризуются

повышенным уровнем зависимости от окружения – у 36 (52%). Это было определено при интервьюировании родителей, а также при изучении когнитивных стратегий. Результаты исследования когнитивных стратегий с использованием модифицированного варианта теста Г. Уиткина показали, что у 36 (52%) обследованных детей регистрируется полезависимый стиль. Таким образом, можно говорить, что дети с СГА преимущественно зависимы от окружающих людей, внешних норм, правил, установок, от поля восприятия. Их эмоции глобальны, грубы, подчас парадоксальны, со склонностью к полярным переходам и имеют малый репертуар промежуточных форм реагирования.

Внутрисемейное взаимодействие в семьях, воспитывающих детей с СГА, характеризуется формированием особых взаимоотношений, в первую очередь между ребенком и матерью. Исследование особенностей родительского воспитания с применением опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера позволил выявить специфику воспитательного воздействия в семьях детей с СГА. Основной характеристикой его являлось отсутствие формирующих элементов воспитания (требований, запретов, санкций).

Воспитательная неуверенность в крайней степени выраженности реализуется в стимульной модели воспитания, при которой воспитательное воздействие родителей является только лишь ответной реакцией на негативное самопредъявление ребенка. При этом регистрируется такой параметр по АСВ, как «предпочтение негативных качеств в ребенке» в 43 (63%) семьях. Такая воспитательная модель фиксирует нарушения эмоциональной сферы гиперактивного ребенка и способствует развитию нарушений личности.

Представленная нами клинико-психологическая модель гиперактивности позволяет наметить различные направления профилактики первичных и вторичных проявлений СГА на разных уровнях.

Основное внимание, на наш взгляд, следует обратить на пренатальные факторы профилактики гиперактивности. Также, в силу особой значимости социальной ситуации развития для формирования вторичных психоземotionalных симптомов гиперактивности, планирование и реализацию профилактических мероприятий необходимо осуществлять на уровне семейной системы.

Психологическое развитие и социальное функционирование младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией

Н. И. Цыганкова

(Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования,
Санкт-Петербург, Россия)

В настоящее время минимальная мозговая дисфункция (далее ММД) представляет собой самую распространенную форму хронических нарушений поведения и низкой способности к обучению у детей, является частой причиной дизадаптации и нарушения социального функционирования младших школьников (Н.Н. Заваденко, Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов, Е.А. Яковенко, Н.Ю. Королева).

Биопсихосоциальная модель здоровья личности, принятая ведущими отечественными и зарубежными специалистами, позволяет рассматривать заболевание с учетом всех факторов (биологических, психологических, социальных), которые играют роль в его патогенезе. Осуществление регуляторных функций с помощью «разрегулированного» мозга является весьма проблематичным, и потому у детей с ММД наблюдается ряд отклонений развития по сравнению с возрастной нормой (Л.О. Бадалян, Н.Н. Заваденко, Т.Ю. Успенская, Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никанорова, И.П., Брызгунов, Е.В. Касатикова, В.Р. Кучма, А.Г. Платонова, М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко, Л.П. Рубина).

- Быстрая утомляемость и сниженная работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать).
- Резкое снижение возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности.
- Выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе умственной) при эмоциональной активации.
- Значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности.
- Снижение объема оперативной памяти, внимания, мышления: ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации.
- Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную (проблема упрочения временных связей).

Перечисленные отклонения включаются в первичный дефект (или симптомокомплекс ММД), так как фактически неотделимы от него. Все остальные отклонения психологического порядка относят к вторичным, третичным и другим дефектам и выносят за рамки симптомов ММД. Считается, что они не являются обязательными и закономерными следствиями легких церебральных патологий. Их можно избежать, или снизить интенсивность их проявлений, если деятельность ребенка осуществлять «в обход» его основного первичного дефекта.

У детей с ММД в условиях нагрузок может иметь место такая форма декомпенсации, как регресс недостаточно сформированных и закреплённых в индивидуальном опыте психических функций. Данные исследователей позволяют говорить о том, что подобная декомпенсация обнаруживается и приводит к сбоям в учебной деятельности не только у детей 6-7 лет, но и позднее – в возрасте 9-12 лет. В это время ребенок сталкивается с резким возрастанием школьных нагрузок, расширяется количество школьных дисциплин, растёт темп подачи материала и его объём, возникают проблемы с адаптацией к индивидуальному стилю педагогов, а следовательно, именно в это время могут проявиться отдельные симптомы ММД.

Увеличение нагрузки на нервную систему приводит к нарушению поведения в виде упрямства, непослушания, негативизма, а также к невротическим расстройствам, замедлению речевого развития. Кроме того, для детей с ММД характерна речевая безудержность, которая наблюдается при несформированности внутренней речи, контролирующей социальное поведение. Ребенку с ММД не хватает побуждений, чтобы начать деятельность или ее продолжить, всегда страдает мотивационная сторона деятельности. Ребенка должно что-то очень сильно заинтересовать, чтобы он мог этим заниматься довольно долго и продуктивно.

Роль органической недостаточности состоит в частности в том, что она способствует развитию волевой неустойчивости, легкости возникновения, бурному протеканию, заостряемости и неуправляемости аффектов, отсутствию гибкости во взаимоотношениях с людьми. Признаком отклоняющегося развития детей с ММД является незрелость эмоционально-волевой сферы. Происходит замедление процесса социализации – процесса усвоения культурно-исторического опыта. Очень часто ребенок с ММД плохо себя ведет и не обращает внимания на окружающих. Он невнимателен к другим людям по своей природе. Гиперактивный ребенок может не понимать, что приятно другому человеку, а что неприятно, и быть безразличным к переживаниям других людей. В попытке привлечь к себе внимание ребенок с ММД совершает непредсказуемые поступки, проявляет импульсивную двигательную и вербальную активность, он действует как бы бездумно, переходит от одного занятия к другому, многословен («речь опережает мысль»). Ряд авторов считает, что «бездумность» расторможенных детей с ММД представляется как компенсаторный феномен по отношению к неспособности концентрировать внимание, т. е. произвольно выделять из полевого потока информации ту ее часть, которая подлежит осознанию, а их двигательная гиперактивность – своего рода защитный транс, экономящий энергетические затраты. Ю.А. Фесенко определяет гиперактивность как своего рода защитный механизм, улучшающий межструктурные связи головного мозга.

Дети с ММД с трудом ладят со сверстниками, в играх становятся «мишенью», чаще всего отвергаются коллективом. Социальные аспекты поведения этих детей важны не только распространяющимся отрицательным их влиянием на сверстников, но также и тем, что эти дети служат как бы социальным катализатором, влияющим на поведение других, и часто в нежелательном направлении. В отношениях со сверстниками они агрессивны и требовательны, стремятся руководить, быстро теряют друзей.

Первичные поведенческие нарушения, делающие ребенка неприспособленным к выполнению общепринятых стандартов и социальных требований, служат источником непонимания и недовольства со стороны окружающих взрослых. Частые конфликты еще более ухудшают поведение за счет вторичных адаптационных реакций протеста, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации и др. Ю.С. Шевченко видит проблему в том, что, не имея успехов в учебе, получая бесконечные выговоры и замечания за свое поведение, эти дети начинают считать самих себя никчемными и неисправимыми, у них либо опускаются руки, либо они трансформируются в психопатическую личность, что нередко приводит к антисоциальным поступкам, правонарушениям, различным формам группирования.

Успешность адаптации ребенка с ММД в большой степени определяются средой, прежде всего общесемейной, поэтому значение имеют воспитательные стратегии, либо компенсирующие, либо, наоборот, провоцирующие появление нежелательных симптомов.

В 2007-2010 году на базе психолого-педагогических медико-социальных центров и образовательных учреждений Санкт-Петербурга нами проведено исследование личности и межличностных отношений младших школьников с ММД (в аспекте психологической коррекции). Целью исследования стало изучение особенностей личности, совладающего поведения, межличностных и семейных взаимоотношений детей 9-11 лет с ММД и разработка программы психологической коррекции их социального функционирования.

В исследовании приняли участие 38 детей с ММД и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (F 90 по МКБ-10) и их матери, посещающие ППМС-центр, а также 33 здоровых ребенка того же возраста, обучающихся в общеобразовательной школе, и их матери.

В качестве основных методов психодиагностики в исследовании использовались: проективная методика Р. Жилия, адаптированная И.Н. Гильяшевой и Н.Д. Игнатъевой, для исследования социальной приспособленности ребенка, особенностей его конкретно-личностных отношений с окружающими, некоторых поведенческих характеристик и черт личности; детский вариант опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), предназначенный для анализа семейного воспитания и причин его нарушения (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1987, 1990); методика КПСС (Копинг-поведение в стрессовых ситуациях), которая была разработана одним из ведущих Канадских специалистов в сфере здоровья и клинической психологии Н. С. Эндлером в соавторстве с Д. А. Паркером в 1990 году и адаптированная Т.Л. Крюковой в 2001 году.

В результате проведенного нами исследования подтвердилась гипотеза о том, что на успешность социального функционирования детей с ММД, в большей степени, по сравнению со здоровыми детьми, влияют стиль семейного воспитания и семейные отношения.

У детей с ММД по шкале «Отношение к другу» выявлены корреляции с гиперопекой ($r = 0,397^*$), чрезмерным количеством запретов ($r = 0,596^{**}$) и санкций ($r = 0,403^*$), неразвитостью родительских чувств ($r = 0,424^*$). В контрольной группе по данной шкале выявлена взаимосвязь с используемым матерью копинг-стилем «социальное отвлечение» ($r = 0,454^{**}$).

По шкале «Отношение к учителю» у детей с ММД выявлена отрицательная корреляция с недостаточным удовлетворением потребностей ребенка ($r = 0,441^*$). По «Отношению к учителю» в контрольной группе выявлена прямая корреляция с воспитательской неуверенностью матери ($r = 0,352^*$) и гиперопекой ($r = -0,351^*$).

«Стремление к общению в больших группах» в основной ($r = 0,498^{**}$) и контрольной группах ($r = 0,406^*$) коррелирует с «отсутствием санкций».

Взаимосвязь параметров «Стремление к доминированию» и «Предпочтение детских качеств» у ребенка матерью выявлена только в группе детей с ММД ($r = -0,409^*$).

По шкале «Конфликтность» в группе детей с ММД выявлена взаимосвязь с копинг-стратегией матери «Отвлечение» ($r = 0,469^*$), воспитательной стратегией «Вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания» ($r = 0,391^*$). В контрольной группе взаимосвязей не выявлено.

В проявлении «Стремления к уединению» у детей с ММД выявлены прямые корреляционные связи с «Вынесением супружеского конфликта в сферу воспитания» ($r = 0,485^*$), «Переносом на ребенка собственных нежелательных качеств» ($r = 0,390^*$). В то же время у детей контрольной группы «Стремление к уединению» имеет обратную корреляционную зависимость с «Гиперопекой» ($r = -0,352^*$).

У детей с ММД выявлены корреляционные между активно-агрессивной реакцией на фрустрацию с копинг-стилем матери «Отвлечение» ($r = 0,423^*$) и «Вынесением супружеского конфликта в сферу воспитания» ($r = 0,432^*$). В контрольной группе прослеживается взаимосвязь активно-агрессивных реакций с «Чрезмерным удовлетворением потребностей» ребенка ($r = 0,450^{**}$) и неустойчивым стилем семейного воспитания ($r = 0,437^*$).

Демонстрация детьми с ММД пассивно-страдательной реакции на фрустрацию связана с воспитательной неуверенностью матерей ($r = -0,393^*$). В контрольной группе достоверно значимых взаимосвязей не выявлено.

Кроме того, обнаружены достоверные различия в используемых стратегиях семейного воспитания матерями детей с ММД и матерями контрольной группы ($p < 0,005$). Для матерей детей с ММД характерно следующее.

1. Нарушение процесса воспитания в семье: гипопротекция; чрезмерность требований-обязанностей; сстрогость или, напротив, минимальность санкций; неустойчивость стиля воспитания.

2. Наличие личностных особенности, обуславливающих нарушение воспитательного процесса: предпочтение в ребенке детских качеств, воспитательная неуверенность, фобия утраты ребенка, проекция на ребенка (подростка) собственных нежелательных качеств, «вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его (ребенка) пола и предпочтение либо мужских, либо женских качеств.

Исходя из парадигмы семейного подхода, биопсихосоциальной модели заболевания и здоровья человека, работа с семьей становится неотъемлемой частью оказания комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи младшим школьникам с ММД. Полученные результаты исследования положены в основу разработки модели индивидуально-групповой психологической коррекции, направленной на улучшение социального функционирования детей с ММД и их матерей. Цель реализации данной модели - обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент приспособления к особенностям ребенка с ММД и использование саногенного эффекта семьи в преодолении проблем, связанных с дефектом развития ребенка.

Организация помощи предполагает комплексный мультимодальный подход, участие врача-невролога, психолога, при необходимости – врача-психотерапевта, логопеда, дефектолога. Модель является частью коррекционно-развивающей программы для детей с ММД психолого-педагогического медико-социального центра и предназначена для специалистов (педагогов-психологов, медицинских психологов, врачей-психотерапевтов), участвующих в оказании помощи детям с ММД.

2.3. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Значение цветовых предпочтений и характера фрустрационных реакций для диагностики деструктивных форм поведения

И. В. Берно-Беллекур

(Санкт-Петербургский государственный университет;
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия)

В исследование было включено 1468 человек в возрасте от 16 до 57 лет (средний возраст 29,13 лет) с характерными формами деструктивного поведения: 211 членов экстремистских организаций; 236 последователей деструктивных культов; 228 фанатов футбольных клубов («футбольных хулиганов»); 352 потребителя инъекционных наркотиков; 247 военнослужащих, участвовавших в боевых действиях («комбатантов»); 194 человека, совершивших насильственные преступления. 820 человек были исключены из исследования в связи с отказом от участия, неполным или некачественным заполнением опросников, недостаточным владением русским языком, отсутствием связи, лишением свободы, болезнью, смертью, агрессией и грубым поведением в отношении исследователя. В окончательный анализ вошли 856 человек. В качестве контрольной группы было обследовано 882 человека в возрасте от 16 до 55 лет (средний возраст 28,86 лет), в окончательный анализ вошли 648 человек.

Теоретическим основанием исследования стала теория Л. Долларда, согласно которой фрустрация всегда приводит к агрессии в какой-либо форме, а агрессия является результатом фрустрации.

Методы исследования: «Тест цветовых выборов» М. Люшера, «Методика изучения фрустрационных реакций» С. Розенцвейга.

Для выявления различий между независимыми выборками применялся параметрический t-критерий Стьюдента. Для выявления взаимосвязей между признаками использовался параметрический критерий Пирсона (с поправкой V-Крамера).

Согласно интерпретации М. Люшера, различные цвета являются сигналами, которые запускают у человека неосознаваемые ассоциации, изменяя таким образом его психическое состояние. Ассоциативные связи формируются и изменяются на протяжении жизни под воздействием внешних условий. Цветовые предпочтения позволяют выявить устойчивые характеристики психофизиологического состояния человека.

Тест М. Люшера показал, что на первую позицию 209 обследованных основной группы (24,42%) поставили красный цвет. Красный цвет находится снаружи дуги радуги, имеет наибольшую длину волны, что требует для его восприятия значительного количества энергии. Х. Вольфарт показал, что демонстрация красного цвета вызывает у человека увеличение числа сердечных сокращений, повышение артериального давления, учащение частоты дыхания. Происходит активация симпатической нервной системы, которая способствует интенсивной деятельности организма в условиях, требующих напряжения его сил, – «реакция борьбы или бегства» (по У. Кэннону).

Красный цвет на первой позиции свидетельствует об агрессивности, направленной на противоборствующие тенденции окружающей среды; склонности к риску; стремлении к доминированию. Красный цвет – цвет крови и огня характерен для обстоятельств, связанных с опасностью и борьбой. Он способствует активности, готовности к действию, уверенности в своих силах, вызывает гнев и ярость. Предпочитающие красный цвет стремятся к независимости и самоопределению. Стремление к лидерству приводит к постоянной борьбе и тенденции к подавлению партнеров, сложностям в нахождении компромиссов. Для таких людей характерна «лихорадочная активность», невозможность полноценного отдыха или бездействия. При этом результаты деятельности могут быть незначительными по сравнению с затраченными силами и средствами.

В процессе развития большинства цивилизаций идентификация красного цвета идет сразу же за выделением белого и черного. В Римской мифологии красный, как цвет крови, ассоциируется с богом войны Марсом. В христианстве красный цвет – символ жертвенной крови Христа и мучеников, а в Апокалипсисе – цвет дракона-дьявола, «великой блудницы», огня ада. В инкской узелковой письменности кипу красный цвет обозначал войну и потери на войне. В буддийской тантрической традиции красный – цвет страсти. В.В. Кандинский в книге «О духовном в искусстве» охарактеризовал красный цвет как очень живой, полный воодушевления, беспокойный цвет, не имеющий легкомысленного характера желтого, расточаемого направо и налево.

196 человек (22,90%) поставили на первое место ахроматические цвета – коричневый, серый или черный, что говорит о негативном отношении к жизни. Для таких людей характерны иррациональное поведение на фоне сниженного инстинкта самосохранения, ригидность установок, субъективизм. Выбор ахроматических цветов связан с выраженной истошаемостью психических процессов, ограниченностью объема внимания, патологически сниженным настроением, речедвигательной заторможенностью, нарушением продуктивности. Такие люди отличаются молчаливостью, замкнутостью, нелюдимостью, враждебностью, эгоистичностью.

Ахроматические цвета символизируют застой, защиту и вытеснение внешних воздействий. Предпочитающие ахроматические цвета находятся в субъективно «беспросветной» ситуации, у них отсутствует «жизненная перспектива», реальные позитивные жизненные цели. Данная позиция приводит к борьбе с окружением и окружающими, психологическому экстремизму. Убеждения, ради которых такие люди вступают в борьбу, имеют субъективное значение; победа в подобных поединках не приносит должного удовлетворения и психологической разрядки.

Можно провести аналогию выбора ахроматических цветов с ахроматопсией (от греч. *achromatos* – бесцветный и *opsis* – возможность), или дальтонизмом, для которой характерна неспособность различения цветов. При этом заболевании мир видится в черно-белом спектре, «невидимые» цвета такие пациенты воспринимают как оттенки серого. По нашему мнению, предпочтение ахроматических цветов людьми с нормальным цветовым зрением связано с психологическим нарушением восприятия и вытеснением «цветности» мира, его сигналов, воздействий. Весь цветовой спектр у таких людей укладывается в черно-белый континуум, при этом теряется ощущение красок и насыщенности жизни.

141 обследованный (16,47%) на первую позицию поставил зеленый цвет, что говорит о защитном характере агрессивности, сопротивлении внешним воздействиям, потребности в отстаивании собственных установок, повышенной чувствительности.

Зеленый цвет, который находится в середине видимого спектра, требует минимальных усилий для его восприятия. Чаще всего его символика связана с растительностью, рассматривается как символ жизни, роста и гармонии. Это отражено в религиозных воззрениях: это священный цвет пророка Мухаммада и династии Шарифов, символ Святой Троицы и Богоявления, цвет воды в языческих ритуалах. Анализ цветовой гаммы показал: в описанных случаях речь идет о светло-зеленом цвете, а в тесте М. Люшера испытуемым предлагается цвет, близкий к сине-зеленому. Этот цвет обычно ассоциируется с окраской разлагающихся веществ и символизирует смерть, болезнь и психологический дискомфорт. Не случайно тяжелое депрессивное состояние человека называют «зеленая тоска». В трагедии У. Шекспира «Отелло» ревность названа «чудищем с зелеными глазами». Зеленый флаг на корабле – символ кораблекрушения. В инкской письменности зеленый цвет обозначал завоевание и погибших противников.

Когда основной цвет занимает одну из трех последних позиций, это указывает на его неприятие, что является важным диагностическим признаком. В нашем исследовании на последнее место наиболее часто ставились желтый и синий цвета.

Желтый цвет на последнюю позицию поставили 182 обследованных (21,26%). Это говорит о стрессе, вызванном неудовлетворенной потребностью в активном взаимодействии с окружающими, и об избегании серьезной ответственности. Для таких людей характерны чувство страха, связанное с опасениями потерять престижность собственной позиции, подверженность средовым воздействиям. Основной защитный механизм у них – вытеснение истинных причин конфликта. Отмечается уход от межличностных контактов в мир собственных переживаний. Состояние отвергающих желтый цвет характеризуется переживанием чувства одиночества и неуверенности, маскируемых напускным безразличием, презрительным отношением к критике в свой адрес. Они предъявляют завышенные требования к окружающим, для них характерна ригидность рациональных установок, отсутствие гибкости и направленности на разумные компромиссы. Неуверенность в возможности улучшения ситуации не снижает уровня притязаний и не приводит к компромиссным решениям. Отмечаются тревожность, дистресс, сниженный фон и колебания настроения.

Синий цвет на последнюю позицию поставили 154 обследованных (17,99%). Это говорит об их эмоциональном дискомфорте, стремлении справиться с угнетенностью, овладеть собой, озабоченности и раздражительной несдержанности. Такие люди имеют неконформистские установки и враждебность в отношениях, фрустрированность потребности в теплых межличностных отношениях, зависимость от объектов привязанности, разлад в межличностных отношениях, стремление к избеганию ответственности. Для них характерны: невозможность расслабиться, отдохнуть, избавиться от стресса; перенапряжение от усилий, направленных на преодоление трудностей.

По результатам методики С. Розенцвейга выявлено, что в обследуемой группе преобладают экстрапунитивные реакции, которые составили 71,34% ответов (в контрольной группе – 41,53%, достоверность различий $p < 0,01$). Данные реакции направлены на живое или неживое окружение в форме подчеркивания степени фрустрирующей ситуации, осуждения внешней причины фрустрации, или переноса ответственности за разрешение проблемной ситуации на другого. Высокая экстрапунитивность связана с неадекватно повышенной требовательностью к окружению и недостаточной самокритичностью. Ряд авторов отмечают повышение уровня экстрапунитивности после стрессорных воздействий.

Импунитивные реакции в основной группе составили 18,91% ответов (в контрольной группе – 33,63%, достоверность различий $p < 0,01$). В таких ответах фрустрирующая ситуация рассматривается как малозначущая или как нечто такое, что может быть исправлено само собой, стоит только подождать и подумать.

В работах Л.В. Бороздиной, С.В. Русакова показано, что повышенный показатель интропунитивности обычно указывает на чрезмерную самокритичность или неуверенность субъекта, сниженный или нестабильный уровень общего самоуважения. В нашем исследовании уровень интропунитивности в основной группе достоверно ниже, чем в контрольной, что говорит об отсутствии критичности.

Интропунитивные реакции составили в группе обследованных 9,75% (в контрольной группе – 24,84%, достоверность различий $p < 0,01$), данные реакции направлены на самого себя; испытуемый воспринимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя, принимает вину на себя или берет на себя ответственность за исправление данной ситуации.

Тип реакции «с фиксацией на самозащите» в основной группе представлен в 62,77% ответов (в контрольной группе – в 46,38%, достоверность различий $p < 0,05$). Главную роль в таких ответах играет защита себя, своего «Я», субъект при этом или порицает кого-то, или признает свою вину, или же отмечает, что ответственность за фрустрацию никому не может быть приписана. Высокий уровень подобных реакций характеризует слабую, уязвимую и ранимую личность, вынужденную в ситуациях препятствия сосредоточиваться на самозащите.

Тип реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» отмечен в 33,04% ответов основной группы (в контрольной группе – в 36,86%, различия недостоверны). Такие ответы направлены на разрешение проблемы; реакция принимает форму требования помощи от других лиц для решения проблемы; субъект сам берется за разрешение ситуации или же считает, что время и ход событий приведут к ее исправлению. Показатели в основной группе ниже, чем в контрольной, что говорит о менее адекватном реагировании на фрустрацию и недостаточной фрустрационной толерантности.

Тип реакции «с фиксацией на препятствии» в основной группе составляет 4,19% (в контрольной группе – 16,76%, достоверность различий $p < 0,001$). В ответе испытуемых препятствие, вызвавшее фрустрацию, всячески подчеркивается или интерпретируется как своего рода благо, а не препятствие, или описывается как не имеющее серьезного значения. Низкие оценки в основной группе говорят о том, что фиксация на препятствии не характерна для испытуемых.

При анализе продолжения потребностей выявлено, что 74,73% обследованных основной группы показали неадаптивную персистенцию, в то время как в контрольной группе этот показатель 35,86% (достоверность различий $p < 0,01$). Анализ ответов защиты «Я» показал, что в основной группе неадаптивные ответы, не оправданные существующими обстоятельствами, предъявлены в 69,64% случаев, а в контрольной группе – в 26,04% (достоверность различий $p < 0,01$).

Индекс GCR индивидуальной адаптации субъекта к своему окружению составил в основной группе 37,28%, а в контрольной группе – 61,59% (достоверность различий $p < 0,01$). Это свидетельствует о том, что у испытуемых основной группы достоверно чаще бывают конфликты с окружающими людьми и они недостаточно адаптированы к своему социальному окружению.

Показано, что во всех группах обследованных имеется жесткая корреляционная связь (от +0,86 до +0,95) между предпочтением красного цвета и экстрапунитивными реакциями с фиксацией на самозащите. В среднем по всем исследованным группам коэффициент корреляции составил +0,91.

В целом, цветовые предпочтения и характер реакции на ситуации показывают выраженный уровень агрессивности и фрустрированности обследованных с характерными формами деструктивного поведения. Используемые проективные методики, «Тест цветовых выборов» М. Люшера и «Методика изучения фрустрационных реакций» С. Розенцвейга, позволяют с высокой степенью достоверности диагностировать предрасположенность личности к деструктивному поведению.

Аналитико-системное психологическое сопровождение семей, ожидающих или воспитывающих приемных детей

Е. А. Брецких

(ГУЗ «Специализированный дом ребенка для детей
с органическим поражением ЦНС с нарушением психики», Петрозаводск, Россия)

Семья, члены которой принимают решение воспитывать приемного ребенка или нескольких детей, обычно находится в состоянии кризиса. Приемный ребенок (дети), на которого возлагается роль разрешения кризисной ситуации в жизненном цикле семьи, не в состоянии справиться с ней. В результате ожидания всех членов новой семьи не только не оправдываются, но и более того, приводят к деструктивному ее разрешению:

- отмена усыновления или расторжение договора об опеке (попечительстве), приемной семье или патронатном воспитании;
- развод супругов;
- желание избавиться от ребенка (детей) путем детоубийства.

В основе данного психологического сопровождения лежит оригинальная модель аналитико-системной семейной психотерапии (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., 2001). В теоретическом плане аналитико-системное семейное психологическое сопровождение – это синтез парадигм психоанализа, а также системного и нарративного подходов. Данью психоанализу в теоретическом и технологическом планах является исследование исторического прошлого семьи в целом и ее членов в отдельности, системы их отношений внутри- и межличностного пространства, особенностей прохождения фаз жизненного цикла. В соответствии с основными положениями системного и семейного подходов идет анализ и психокоррекция

личностных и межличностных проблем, семейных правил и мифов, границ и подсистем, последовательность взаимодействий. Использование нарративного подхода позволяет сосредоточить усилия на описании, восстановлении, соединении когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов семейных взаимоотношений.

В технологическом плане аналитико-системное семейное психологическое сопровождение – это процесс системной помощи, заключающийся в информационном обеспечении, диагностике личностей и функционировании семейной системы, а также психокоррекции взаимоотношений на различных стадиях жизненного цикла семьи, ожидающей или имеющей приемного ребенка.

В исследовании приняли участие 50 российских семей, выразивших желание принять на воспитание приемного ребенка на формы устройства, предусмотренные Семейным кодексом РФ. Семейные пары или одинокие женщины (мужчины) обратились за психологической помощью самостоятельно или были направлены инспектором отдела по опеке и попечительству. Возраст испытуемых составил: до 30 лет – 10 человек (11,2 %), от 30 до 40 лет – 53 человек (59,6 %), от 40 до 50 лет – 22 человека (24,7 %), от 50 до 60 лет – 4 человека (4,5 %). 40 испытуемых (44,9 %) имели высшее образование, 34 человека (38,2 %) – среднее специальное образование и 15 человек (16,9 %) – среднее образование. Также объектами исследования были 46 детей, оставшихся без попечения родителей и в дальнейшем переданные под опеку или в приемную семью, усыновленные (удочеренные) от младенчества до подросткового возраста включительно. В исследовании изучены материалы катанеза семей, имеющих приемных детей на протяжении 1, 3, 7, 10, 12 и 17 лет.

Работа по психологическому сопровождению проводится с каждой семейной парой индивидуально и имеет свою структуру и динамику.

Задачи психологического сопровождения.

1. На первом этапе работы – объединение медицинского психолога с членами семьи.
2. На информационном этапе работы – расширений представлений кандидатов:
 - о формах устройства в семью детей, оставшихся без попечения родителей, предусмотренные Семейным кодексом РФ;
 - об особенностях физического и психического здоровья воспитанников учреждений интернатного типа;
 - об особенностях формирования личности воспитанников интернатного учреждения и потребности в раскрытии тайны усыновления.
3. На диагностическом этапе работы – усвоение и поддержание процессов функционирования семейных подсистем и диагностика личности кандидатов, а также функционирования их семейной системы клинико-биологическим и клинико-психологическим методами.
4. На психокоррекционном этапе работы – создание ситуации фрустрации с целью инициировать переход семьи на более сложный уровень функционирования.
5. После экологической проверки (создание членами семьи образа будущего) – отсоединение.

В работе психологического сопровождения необходимо придерживаться следующих принципов: циркулярность, гипотетичность и нейтральность.

На **информационном этапе** работы кандидатам профессионально, на доступном для них уровне (индивидуально для семейной пары) предоставляется информация.

Во-первых, о формах устройства в семью детей (оставшихся без попечения родителей), предусмотренных Семейным кодексом РФ. Приоритетной формой устройства в семью ребенка, оставшегося без попечения родителей, является усыновление (удочерение), т.к. он становится полноправным членом семьи и, как родные дети, имеет право на содержание и наследство. Наряду с усыновлением (удочерением) Федеральным законом и законами субъектов Российской Федерации предусмотрены другие формы семейного воспитания (на основе временного договора граждан и отдела по опеке и попечительству над несовершеннолетними): опека (до 14 лет) и попечительство (после 14 лет), приемная семья и патронатное воспитание. Несмотря на разнообразие форм устройства и их выбор по желанию кандидатов, сегодня можно говорить о преимуществах и недостатках каждой из них как для самого ребенка, так и для кандидатов (приемных родителей) и для общества в целом.

Во-вторых, важно, что дизонтогенез, отклонения в состоянии здоровья и физического развития, у воспитанников учреждений интернатного типа имеет свои последствия не только в раннем возрасте, но и в дальнейшем, уже при школьном обучении. Основные патологические состояния, сопутствующие нарушениям в раннем онтогенезе у детей, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа, – это неврологические изменения, отклонения в эмоционально-поведенческом статусе, нарушения нервно-психического развития, речевого и физического развития, снижение резистентности и адаптационных возможностей, сомато-вегетативные отклонения, а также различные сочетанные отклонения. В дошкольном возрасте у таких детей замедленный темп нервно-психического развития становится мозаичным. Больше страдают сложные психические функции: память, прежде всего речеслуховая, мышление (как логическое, так и наглядно-образное), сенсомоторная координация. Вследствие этого дети не готовы к поступлению в школу, их обучение затруднено.

В-третьих, для развития ребенка большое значение имеет получение новых впечатлений, что в условиях учреждения интернатного типа резко ограничено.

В-четвертых, основой для нормального психического развития, по мнению сторонников теории объектных отношений, является не удовлетворение инстинктов и влечений, а установление отношений с ближайшим окружением, т.е. удовлетворение первичной социальной потребности ребенка в общении со значимым взрослым. У воспитанников домов ребенка такой взрослый отсутствует. Его заменяют сотрудники этих учреждений, имеющие сменный график работы. Поэтому существенную роль в развитии детей-сирот играет депривационный синдром, который отражается на всех параметрах организма, но ведущим является психическое звено. Первоначальные отставания в развитии зрительного и слухового анализатора, эмоций, задержка подготовительных этапов развития речи наблюдаются у воспитанников домов ребенка в возрасте 3 – 5 месяцев.

Отрицательное влияние депривации наиболее выражено на втором году жизни: у воспитанников отмечается низкий уровень психического развития, который выражается в особенностях поведения, обеднении эмоциональной сферы, уменьшении двигательной активности, ограниченной ориентировочной деятельности. Значимым для воспитанников является желание быть замеченным кем-либо. Депривация отрицательно влияет и на формирование привязанности у воспитанников домов ребенка, что в дальнейшем осложняет осознание своего Я, формирование авторитета взрослого и усваивание запретов, а также препятствует выстраиванию полноценных взаимоотношений с другими людьми.

Кроме того, формирование личностных качеств у детей в учреждениях интернатного типа имеет прямую связь с задержкой речевого развития. Неспособность воспитанников использовать речь как средство общения, привычка, что взрослый реагирует только на проявление неудовольствия (плач, агрессию), приводят к формированию аффективного поведения. Наконец, жизненные ценности формируются исходя из потребительского отношения к людям и обществу.

Практическое значение информационного этапа работы заключается в повышении уровня компетентности кандидатов, а также их самостоятельных выводах о своих намерениях и ожиданиях относительно приемного ребенка (детей). Кандидаты осознают проблемы, над которыми необходимо работать. По данным исследования, в 30% случаев после информационного этапа сопровождения кандидаты пересматривают свое решение о воспитании приемного ребенка.

На **диагностическом этапе** сопровождения предметом исследования являются клинико-психологические особенности личности кандидатов в усыновители (опекуны или приемные родители), функционирование их семейной системы, а также мотивы решения об усыновлении и их влияние на родительско-детские отношения. В структуре личности мотивация занимает особое место и является основным понятием, используемым для объяснения движущих сил поведения и деятельности человека. Мотив остается действенным до тех пор, пока либо не достигнута цель, либо изменившиеся условия не сделают другой мотив более важным для данного человека. По данным исследования, у 83% семей выявлены деструктивные мотивы:

- разрешение семейного кризиса – 23%;
- получение материальной выгоды – 20%;
- реализация в приемном ребенке собственных комплексов и нереализованных планов (компенсация – 17% и замена в случае смерти (гибели) ребенка - 10%);
- желание соответствовать общепринятым нормам – 10%;
- разрешение личностного возрастного кризиса члена семьи или обоих супругов – 3 %.

Конструктивный мотив – подарить свою любовь тому, кто в ней нуждается, определился у 17 % семей.

В работе с мотивами кандидатов важно:

- какими были мотивы для создания семьи у каждого супруга (конструктивные или деструктивные);
- на какой стадии жизненного цикла семьи было принято решение воспитывать приемного ребенка и кому оно принадлежит;
- на какой стадии жизненного цикла семья обращается за психологической помощью или в поисках помощи возлагает надежды на приемного ребенка;
- есть ли у супругов ресурсы для разрешения нормативных семейных кризисов, число которых с появлением приемного ребенка увеличится.

Практическое значение второго этапа работы для медицинского психолога – это сбор диагностического материала для третьего этапа сопровождения – психокоррекционного.

На **психокоррекционном этапе** кандидаты (приемные родители) осознают кризис в функционировании их семейной системы, наличие одновременно рациональных и иррациональных мотивов в принятии решения воспитывать приемного ребенка, а также, что приемные дети имеют особенности в состоянии физического здоровья, формировании психики и, как следствие, особенности в поведении. Наличие ресурсных возможностей позволяет произвести реконструкцию семейных взаимоотношений, а также коррекцию и редукцию исходных мотивов в принятии решения воспитывать приемного ребенка.

Выводы

1. Аналитико-системное семейное психологическое сопровождение позволяет провести комплексную работу по подготовке и диагностике кандидатов, выразивших желание принять на воспитание ребенка в семью на формы устройства, предусмотренные Семейным кодексом РФ.

2. Разработанный инструментарий для диагностики клинико-психологических особенностей личности кандидатов, функционирования их семейной системы, а также мотивов в принятии решения воспитывать в семье приемного ребенка (детей) позволяет проводить отбор кандидатов.

3. Наличие у кандидатов конструктивного мотива в принятии решения воспитывать приемного ребенка позволят сохранить психическое здоровье в этих семьях и избежать разрешения кризисных ситуаций деструктивными мерами.

Особенности психологической дезадаптации сотрудников милиции в экстремальных условиях деятельности

А. М. Ксенофонтов

(Управление внутренних дел по Архангельской области,
Архангельск, Россия)

И. А. Новикова

(Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова,
Архангельск, Россия)

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта
РГНФ и Администрации Архангельской области по проекту № 10-06-48612 а/С

В последнее время отмечается повышенный интерес к стрессам, связанным с трудовой деятельностью. Рабочие и профессиональные стрессы могут привести к развитию явлений психологической дезадаптации. Суть психологической дезадаптации состоит в утрате, извращении или количественной неадекватности психических форм реагирования на различные стимулы.

Психологические состояния дезадаптации – это совокупность субклинических феноменов интрапсихического дискомфорта, характеризующееся преобладанием отрицательных эмоций, дезорганизацией деятельности, утратой временной перспективы.

Сотрудники правоохранительных органов часто сталкиваются с экстремальными условиями деятельности. Специфика повседневной службы сотрудников органов внутренних дел заключается в необходимости выполнения служебных и профессиональных обязанностей в условиях, осложненных воздействием эмоциональных и физических стрессовых факторов, связанных с обострением криминальной обстановки, локальными боевыми действиями, в связи с чем, они могут быть отнесены к группе риска возникновения стрессовых состояний и, как следствие, развития психологической дезадаптации.

Изучению психологических и социально-психологических явлений, а также дифференцированию психологических симптомов, связанных с жизнедеятельностью человека в чрезвычайных условиях, посвящены работы Ю.А. Александровского (1991), И.О. Котенева (1996), Н.Н. Пуховского (2000), О.В. Васильца (2002), Т.Б. Дмитриевой (2003), М.И. Марьина (2007). Особое внимание в публикациях уделяется рассмотрению нарушений адаптации - невротических и психосоматических расстройств, алкоголизму, наркомании у ветеранов.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей психологической дезадаптации сотрудников милиции в экстремальных условиях деятельности.

Было обследовано 74 сотрудника органов внутренних дел по Архангельской области в период командировки в Северо-Кавказский регион. Средний возраст обследованных составил $29,0 \pm 4,3$ года; все имели среднее и средне-специальное образование.

Использовались стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ), метод цветовых выборов (МЦВ) Люшера, корректурные пробы «Таблицы Шульце», анкетирование. При обработке результатов использовался пакет прикладных статистических программ STATISTIKA (версия 5.0) и стандартные расчетные методы.

При обработке результатов первичного психологического тестирования была обнаружена неоднородность полученных данных, что позволило сделать предположение о типологических признаках (Собчик Л.Н., 2001). В основу типизации было положено распределение выраженных предпочтений сотрудниками «концентричных» (синего и сине-зеленого) и «эксцентричных» (оранжево-красного и желтого) цветов на первых позициях цветового ряда (МЦВ Люшера). Было выявлено две типологические группы: 1 группа – 39 сотрудников с высокой внешней реактивностью при низкой интрапсихической активности; 2 группа – 35 сотрудников с низкой внешней реактивностью при высокой интрапсихической активности.

Психологические реакции на экстремальную ситуацию имели существенные групповые отличия. Было установлено, что показатель внутриличностного конфликта чаще изменялся в 1 группе на фоне снижения ($p=0,04$) 9-й шкалы СМИЛ («оптимистичность») и увеличения количества обращений бойцов с жалобами на ухудшение физического состояния, связанного с дисфункциями периферической нервной системы (остеохондроз позвоночника и различные его проявления) ($p=0,03$). Во 2 группе наличие выраженного внутриличностного конфликта при высокой симпатической активности (повышенные показатели вегетативного коэффициента) было взаимосвязано со снижением общей эффективности внимания ($p=0,016$) и подъемом 2-й шкалы СМИЛ ($p=0,002$). Данная связь признаков во 2 группе

рассматривалась как обуславливающая нарушения познавательной деятельности у сотрудников и являющаяся прогнозирующим фактором психоэмоционального напряжения. Подобное состояние обследованных находило отражение в личностных переживаниях, ухудшении самочувствия и повышении тревожности.

Наблюдение показало, что в 1 группе развитие депрессивного типа реагирования происходило на фоне одновременного развития таких полярных тенденций, как индивидуальная личностная активность, вынужденный самоконтроль и потребность в самоактуализации на фоне усиления тревожности.

Во 2 группе также были выявлены две модели характерного реагирования на ситуацию угрозы: сочетание стремления к социально-контролируемой активности и непосредственно к самоконтролю; снижение гибкости мыслительных процессов вследствие роста тенденций пессимистического характера и проявлений замкнутости.

Большинство взаимосвязей между психологическими показателями и уровнем семейных разводов, общей заболеваемостью, числом увольнений со службы, негативных психолого-поведенческих проявлений, обнаруженных в течение 3 лет после командировки в Северо-Кавказский регион, было характерно преимущественно для сотрудников с высокой внешней реактивностью при низкой интрапсихической активности.

С точки зрения социально-психологического подхода в период переживания командировочного и посткомандировочного психологического кризиса у сотрудников наблюдались: «обесценивание» в форме рационализации, апатии; «замещение» в виде различных компенсаторных реакций, в том числе злоупотребление алкогольными напитками или обращение к религии; «вытеснение» путем проявления агрессии и поиска «врагов».

Уровень разводов был существенно выше в 1 группе сотрудников ($p < 0,05$) и составил 18%. Во 2 группе сотрудников данный показатель был равен 2%. Показатель семейных разводов среди сотрудников с высокой внешней реактивностью при низкой интрапсихической активности был взаимосвязан с уровнем проявлений агрессивных поступков ($p = 0,02$) и 2-й шкалой СМИЛ («пессимистичность») ($p = 0,04$).

Проведенные беседы с сотрудниками и членами их семей показали, что рост семейных разводов зависел как от периодов продолжительных разлук, так и от изменений в когнитивной сфере самих сотрудников, переосмысления ими жизненных ценностей. У обследованных в различной степени проявлялись изолированность и эмоциональная черствость. Интерес к тому, что ранее приносило им удовольствие, в значительной мере терялся. Сотрудники милиции в посткомандировочный период становились более категоричными в суждениях, а в отдельных случаях – склонными к проявлению агрессии. При этом их родственники поясняли, что такое поведение было ожидаемо, поэтому проявление у них социальной дезадаптации воспринималось родственниками адекватно. Негативные психологические проявления повышались в периоды, когда при выполнении служебного долга в Северо-Кавказском регионе вновь погибали их сослуживцы.

Показатель выявленных случаев поведенческой агрессии после возвращения из командировки в обеих группах был равен 8%. У вырабатывается индивидуальный механизм для защиты от негативных переживаний, в том числе в форме снижения социальной активности, агрессивных и аутоагрессивных проявлений.

В 1 группе сотрудников показатель проявлений внешней агрессии был пропорционален количеству совершенных ими командировок в районы боевых действий ($p < 0,001$).

Фактор проявления агрессии у сотрудников данной группы после возвращения из командировки был связан со следующими показателями: суммарным отклонением от аутогенной нормы ($p < 0,01$); внутриличностным конфликтом ($p < 0,01$); скоростью вработываемости при обработке зрительной информации ($p = 0,02$); обращаемостью за врачебной помощью с жалобами на дисфункцию со стороны желудочно-кишечного тракта ($p = 0,02$).

Таким образом, в группе сотрудников с высокой внешней реактивностью при низкой интрапсихической активности более агрессивно вели себя сотрудники, имевшие в период командировки психологические и соматические нарушения. Кроме показателя агрессивных проявлений в рассматриваемой группе число командировок также было связано с уровнем нарушений ими служебной дисциплины в подразделениях ($p = 0,02$). В группе сотрудников с низкой внешней реактивностью при высокой интрапсихической активности подобных взаимосвязей выявлено не было.

В целом, доля повторных командировок, осуществленных сотрудниками в обеих группах, не имела существенных различий (33% и 31% соответственно). Уровень увольнений со службы в обеих группах составил 8%. Данный показатель в 1 группе сотрудников коррелировал с уровнем обращаемости во время командировки с жалобами на ухудшение физического состояния, связанное с дисфункциями периферической нервной системы ($p = 0,001$).

У отдельных сотрудников новая система взглядов, помогавшая быть успешными в условиях боевой операции, провоцировала развитие психологической дезадаптации к мирной обстановке. Прежде всего, это наблюдалось у тех, кто в период прохождения командировки уже имел значительно выраженные проявления стрессовой травматической симптоматики, сопровождающиеся нарушениями социальной и профессиональной адаптации, соматическими расстройствами.

Следствием социальных и психологических изменений явилось ухудшение общего

физиологического состояния сотрудников, проявляющееся в росте общей заболеваемости после командировки ($p < 0,05$). Увеличение уровня заболеваемости указывало, что большинству сотрудников требовалась комплексная медико-психологическая реабилитация.

Таким образом, вследствие влияния экстремальных условий на психику и организм у сотрудников милиции развиваются явления психологической дезадаптации, проявляющиеся в агрессивных тенденциях, высокой тревожности, которые приводят к нарушениям в социальной и соматической сферах. Для сотрудников с высокой внешней реактивностью при низкой интрапсихической активности характерны наиболее выраженные признаки психологической дезадаптации.

Выученная беспомощность в контексте социальных страхов

А. С. Кузьмина

(Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия)

Социальные страхи являются одной из самых распространенных проблем в настоящее время. Страхи значительно ограничивают жизнь человека, поэтому на их фоне могут развиваться тревожные и депрессивные расстройства. Чтобы снизить чувство страха и напряжения в ситуациях общения, люди злоупотребляют алкоголем, принимают психоактивные вещества. Но, к сожалению, такие стратегии совладания не приносят должных результатов, что способствует развитию у человека чувства беспомощности, связанной с невозможностью преодоления своих проблем. В свою очередь чувство беспомощности только усиливает неуверенность в себе и способствует поддержанию социальных страхов.

Дебют социальных страхов приходится на возраст от 15 до 20 лет. Это тот период развития, в который происходит освоение новых социальных ролей, становление межличностных отношений, увеличивается самостоятельность и необходима уверенность в себе. В определенном смысле можно говорить о «сензитивной фазе» для начала социальных страхов (Hans Reinecker, Bamberg, 1999).

Целью исследования явилось изучение феномена выученной беспомощности в контексте социальных страхов. Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе были изучены мотивационно-потребностная и когнитивная составляющие социальных страхов; на втором этапе исследования особое внимание уделялось изучению выученной беспомощности как комплексному многокомпонентному образованию в контексте социальных страхов.

Гипотезой явилось предположение о том, что социальные страхи выступают индикатором значимости потребностей, как социальных (признания, достижения), так и биологических (безопасности, спокойствия и комфорта). Возникновению и поддержанию социальных страхов способствуют когнитивные ошибки и автоматические мысли, связанные с переоценением значимости ситуации, персонализацией, перфекционизмом, а также ощущением своей слабости и беспомощности.

Экспериментальная база исследования составила 100 человек в возрасте от 20-до 25 лет, 60 человек приняли участие на первом этапе исследования и 40 – на втором. Мужчины и женщины представлены в выборке в равном количестве.

В ходе исследования были применены следующие **методы**: метод психологического тестирования (опросник А. Бека, направленный на выявление автоматических мыслей; опросник на выявление логических ошибок; опросник социофобий Сагалаковой-Труевцева, направленный на выявление уровня социальных страхов; методика выявления иерархии актуальных потребностей; методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера; опросник перфекционизма Хьюитта-Флетта; тест уверенности в себе Ромека; методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана); методы математико-статистической обработки данных. Был разработан опросник выученной беспомощности, пункты которого были сформулированы на основе анализа литературы и интервью. Кроме того в опросник были включены утверждения из методики экспресс диагностики невроза Хекка и Хесса, и методика диагностики самооценки психических состояний по Айзенку.

Результаты. Корреляционный анализ факторного пространства потребностей и уровня социальных страхов показал положительную связь уровня социальных страхов и фактора потребности в признании ($p \leq 0,01$), а также отрицательную связь уровня социальных страхов и фактора «потребность в саморазвитии, отрицание потребности в безопасности» ($p \leq 0,01$). При высоком уровне социальных страхов значимыми являются потребности признания, одобрения и биологическая потребность в безопасности; потребности в саморазвитии, самореализации оказываются фрустрированы.

Когнитивный компонент социальных страхов изучен с помощью корреляционного анализа факторного пространства автоматических мыслей (по А. Беку) и уровня социального страха. При высоком уровне страха характерен когнитивный конфликт, выраженный в мыслях долженствования, связанных с перфекционизмом («Я должен все делать идеально, ошибки и недостатки не допустимы») ($p \leq 0,05$) и контролем над эмоциями («Я должен полностью контролировать свои эмоции») ($p \leq 0,05$), с одной стороны, а с другой – с ощущением собственной беспомощности и неспособности самостоятельно справиться со своими проблемами («Я беспомощный и слабый, я не могу действовать самостоятельно») ($p \leq 0,01$). Кроме того, сама социальная ситуация оценивается как «судьбоносная», способная изменить всю дальнейшую

жизнь ($p \leq 0,05$), а все неудачи приписываются качествам своего характера ($p \leq 0,05$). Поэтому особого внимания требует феномен выученной беспомощности в контексте социальных страхов.

Разработанный опросник на выявление беспомощности включает в себя 6 компонентов: **Негативная оценка себя** («Я всего лишь пешка, в чье-то игре», «Я рожден неудачником, им и умру», «Я недостаточно уверен в себе и своих силах»); **Негативное отношение к собственной жизни** («Моя жизнь зашла в тупик», «Моя судьба предрешена, еще до моего рождения», «Будущее не изменить, остается смириться и ждать»); **Эмоциональный компонент** («Я чувствую упадок сил», «Нередко я чувствую себя беззащитным», «Иногда у меня бывает состояние отчаяния»); **Поведенческий компонент** («При трудностях я прячу голову в песок», «Я никогда не хожу на выборы, мой голос все равно ничего не изменит», «Временами мне кажется, что все мои действия бессмысленны»); **Низкая толерантность к трудностям и неудачам** («Я преклоняю голову перед трудностями», «Меня преследует злой рок», «Даже мысль о возможной неудаче меня волнует»); **Мотивационно-потребностный компонент** («Для меня важно быть независимым», «Я всегда стремлюсь к достижению своих целей», «Я должен контролировать себя и свои эмоции», «Спокойствие это самое важное для меня»).

С помощью опросника Дж. Роттера по показателю общей интернальности все испытуемые были разделены на 2 группы: **группа с внутренним локусом контроля** (такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять), **группа с внешним локусом контроля** (люди этого типа не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни и не считают себя способными их контролировать, они склонны к формированию чувства беспомощности).

Показатель общей экстернальности положительно коррелирует с уровнем социальных страхов по опроснику социофобий ($p \leq 0,05$) и положительно коррелирует со всеми компонентами опросника на выявление выученной беспомощности. Поэтому была поставлена задача типологизации выученной беспомощности в различных сферах жизни человека. Для решения этой задачи все испытуемые по каждому типу локуса контроля (в области достижений, неудач, семейных отношений, производственных отношений, здоровья) были разделены на 2 группы: с наличием и отсутствием чувства беспомощности. С помощью Т-критерия были получены различия в двух группах испытуемых, что позволило описать различные типы беспомощности.

При беспомощности в области достижений человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей. Эмоциональный компонент при данном типе беспомощности характеризуется состоянием отчаяния, растерянностью перед трудностями, ощущением слабости и беспомощности. Характерно следующее отношение к жизни: «жизнь зашла в тупик, и изменить ее уже нельзя». Человек оценивает себя как неудачника, беспомощного, одинокого, безынициативного и слабого. Такая негативная оценка себя способствует развитию и поддержанию социальных страхов, неуверенности в себе и застенчивости. В тоже время чувство страха и неуверенность провоцируют состояния отчаяния, слабости, беспомощности, отягощая эмоциональное состояние. Потребности в независимости, достижении и реализации возможностей оказываются фрустрированы, и становится возможным получение радости от инертности, бездействия, свободного от обязанностей «самолюбования».

При беспомощности в области неудач человек склонен приписывать ответственность за негативные события другим людям или считать эти события результатом невезения. Эмоциональный компонент характеризуется упадком сил, опускаются руки, человек чувствует себя беззащитным перед трудностями. Отношение к жизни: «У меня нет возможности жить так, как я хочу, со мной постоянно случается что-нибудь плохое». Высокая потребность во власти и контроле. Вероятно, что потребность во власти связана с желанием контролировать негативные события в своей жизни. Утверждается значимость прошлого, определяющего поведение сегодня, что указывает на то, что беспомощность в области неудач является выученной в результате негативных событий. Беспомощность в области неудач положительно коррелирует с высоким уровнем социальных страхов ($p \leq 0,01$).

При беспомощности в семейных отношениях эмоциональный компонент представлен чувством одиночества, беззащитности, человека ничего не радует, у него опускаются руки, он испытывает усталость от жизни. Негативные эмоции связаны с неудовлетворенностью в отношениях с близкими людьми. Чувство усталости, беззащитности в сочетании с перфекционизмом провоцирует возникновение и поддержание социальных страхов ($p \leq 0,01$). Подчеркнутая значимость прошлого также свидетельствует о том, что этот тип беспомощности является выученным. Значимой при данном типе беспомощности является потребность в спокойствии и безопасности.

При беспомощности в производственных отношениях наиболее выраженным является поведенческий компонент: «Я не могу изменить привычный ход жизни, при больших неприятностях, я склонен без достаточных оснований винить себя», эмоциональный компонент представлен чувством беспомощности, беззащитности, ожиданием чего-то плохого. Трудности оцениваются как непреодолимые («я преклоняю голову перед трудностями»), что делает возможным получение радости от инертности, бездействия и свободного от обязанностей «самолюбования», с одной стороны, и развитие социальных страхов, с другой. Подчеркнутая значимость прошлого также свидетельствует о том, что этот тип беспомощности является выученным.

При беспомощности в отношении здоровья наиболее значимым является негативное отношение к своей жизни: «Мне от жизни уже ничего не надо, пусть другие проживут, я не могу изменить привычный ход жизни, все попытки изменить жизнь к лучшему – просто утопия, от судьбы не уйти». Эмоциональный компонент представлен чувством отчаяния. Отмечается подчеркнутая неудовлетворенность сферой медицинского обслуживания и материальным положением.

Таким образом, чувство беспомощности является сложным многокомпонентным образованием, включающим в себя эмоциональный, когнитивный (негативные представления относительно себя, жизни, неудач и трудностей), поведенческий и мотивационно-потребностный компоненты. Содержание этих компонентов различается в зависимости от сферы жизни, в которой возникает беспомощность (достижения, неудачи, производственные отношения, семейные отношения, здоровье). Беспомощность в области неудач, производственных и семейных отношений является выученной.

В исследовании показано, что, с одной стороны, когнитивный конфликт между выученной беспомощностью и перфекционизмом способствует формированию и поддержанию социальных страхов, с другой стороны, всем видам беспомощности (беспомощность в области достижений, неудач, производственных и семейных отношений) сопутствует высокий уровень социальных страхов. Поэтому интересным является дальнейшее изучение этих феноменов.

Представители когнитивно-бихевиорального направления (А. Бек, Дж. Бек, А. Лазарус, А. Эллис) говорят о том, что поведение и эмоции человека запускаются его мыслями (когнициями). Именно когниции, негативные автоматические мысли способствуют формированию и поддержанию социальных страхов и чувства беспомощности. В связи с этим наиболее перспективной представляется коррекция этих эмоциональных состояний с использованием методов психотерапии когнитивно-бихевиорального направления.

Аналитико-системная семейная психотерапия в организации сотрудничества помогающих специалистов

С. Э. Медведев

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

Эволюция психотерапевтических подходов ассоциирована с этапами развития мировой культуры в целом. Аналитико-системная модель семейной психотерапии интегрирует психодинамическую парадигму с общей теорией систем и нарративными новациями (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., 2005; Медведев С.Э., 2009). Нарративный подход представляет собой проекцию постмодернистской позиции в область психотерапии. Отправной точкой здесь выступает идея относительности любого утверждения о реальности. Из этого следует отказ от какой-либо ориентации на идею объективного, абсолютно истинного и т.п. (Фридман Д., 2001). Рассмотрение процесса изолированно от влияния на него исследователя становится невозможным. Такие словосочетания, как «диагноз заболевания», «объективный анамнез», «воздействие на пациента», «положительный эффект», «адекватность поведения» приобретают новое звучание. Различия в их понимании с позиций врача, психолога, социолога, пациента, референтного родственника очевидны.

В системном подходе проблемы и их решения выведены за границы индивидуума и рассматриваются в контексте взаимоотношений (Будинайте Г.Л., Варга А.Я., 2005). То есть любое заболевание помимо влияния на организм пациента включено в систему взаимодействий и динамику его микросоциального функционирования.

Соматическое заболевание сопряжено со снижением уровня адаптации человека, частичным принятием на себя его функций другими членами семьи, приспособлением системы к его новой роли или привлечением в систему новых участников. Последовательность событий и их «причинная обусловленность» может быть различной. Не только болезнь – перераспределение ролей – изменение состава, но и наоборот: изменение состава – перераспределение ролей – болезнь, и так далее.

Разговор о болезни требует участия врачей. Медицинская модель способствует развитию этого нарратива. Один из критериев успешности врача – установление правильного диагноза.

С появлением все более точных и информативных средств диагностики рамки соматических расстройств расширяются, оставляя все меньше места «соматоформным». У любых ощущений и переживаний есть «материальная» основа, и все, что происходит в психической сфере, находит отражение в организме человека в виде разнообразных сужений-расширений, выделений-высвобождений и обратного захвата химических соединений. Придерживаясь концепции первичности «материального» над «духовным», мы можем принять «сужения и выделения» за причину индивидуальной и семейной психодинамики.

Так, с позиций биологического редукционизма депрессия – это нарушение обмена серотонина, шизофрения – дофамина, невроз – адреналина-норадреналина и так далее. Большой начинает восприниматься как некая биохимическая абстракция, объект приложения психофармакологических препаратов. Любого рода психосоциальные воздействия признаются несущественными и в лучшем случае бесполезными (Scharfetter С., 1986 цит. по В.Д. Вид, 2001, 2008).

И все же существуют те расстройства, которые классифицируют как соматоформные или конверсионные, подразумевая отсутствие их соматической обусловленности и связи с каким-либо телесным недугом. В этих случаях психологическая позиция врача в «треугольниках» взаимодействия особенно значима.

Посредством установления диагноза клиентам передается нарратив, влияние которого на их жизнь становится неизбежным. Имеют значение следующие факторы:

- суггестивный эффект полученной от врача информации,
- идентификация с «себе подобными»,
- выучивание соответствующего стиля жизни,
- определение отношений с окружающими,
- выстраивание в соответствии с диагнозом, картин индивидуального и семейного будущего.

В педиатрической практике многое определяется периодизацией развития и соответствием-несоответствием хронологическому возрасту освоенного объема навыков. В работе с детьми мы особенно часто сталкиваемся с понятием нормативности, применяемым к поведению ребенка и устройству семьи. Проблемы ребенка «открывают» семейные границы. Потребности ребенка становятся основанием для вмешательства социума во внутренний уклад семьи.

Влияние особенностей профессионального нарратива

Если ребенку поставлен диагноз нервно-психического расстройства, возможно три варианта развития ситуации в зависимости от профессиональной ориентации специалиста.

1. Медицинская модель: специалист убежден, что все трудности связаны с биологическими причинами и «ошибками» в строении-развитии организма ребенка, даже если эти причины еще не найдены. Составляется *история* болезни, развиваемая посредством ведения медицинской документации и разговоров специалистов с клиентами и между собой. Здесь диагностируются *резидуальные* органические расстройства, *синдромы* гипертоничности и дезадаптации, *минимальные* дисфункции. Расширение диагностических рамок стимулируется постоянно нарастающим объемом информации.

2. Социально-педагогическая модель: специалист убежден, что проблемы от неправильного воспитания, «ненормальной» или «неполной» семьи и т.п. Основной акцент делается на «работе с родителями» с объяснением им «ошибок» в воспитании. Это может способствовать развитию у них чувства вины и ответной агрессии и/или избеганию «воспитательных» мероприятий. «Супер-няня» неосознанно выстраивает коалицию с ребенком в «воспитании» родителей. Это совместимо и с обвинением самого ребенка, который «придумывает» себе проблемы для того, «чтобы ничего не делать» и «манипулировать своими родителями». Подобные концепции возникают в результате безуспешных усилий помощников и воспитателей.

3. Системная модель: специалист действует из нейтральной позиции на основе системных гипотез, предполагая циркулярную причинность событий и явлений. Это позволяет описывать и понимать не только происходящее с ребенком и его семьей, но также выстраивать отношения с помогающими специалистами и другими значимыми лицами социального окружения. Ребенок и другие члены семьи получают возможность обращения к врачам, психологам, педагогам и социальным работникам, не испытывая тревоги по поводу «ревности» или разрыва с семейным психотерапевтом (психологом), получая от него поддержку.

Таким образом, применение линейных (несистемных) моделей приводит к попыткам необоснованного расширения сфер профессиональной компетенции помогающих специалистов. Это связано с недостаточной информированностью о возможностях бригадного сотрудничества и неосознаваемой заочной конкуренцией специалистов через пациента и его семью.

Психическое заболевание встраивается в сложный комплекс биологических и психосоциальных факторов. Это предъявляет высокие требования к сотрудничеству и преемственности усилий психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника, врача-интерниста.

Помогающий специалист становится объектом манипуляций со стороны семейной системы, обратившейся к нему за помощью, знакомясь, таким образом с их (манипуляций) структурой и особенностями, что при сохранении нейтральной позиции дает ценную диагностическую информацию. К моменту направления семьи на психотерапию система включает и высокостатусную фигуру лечащего врача-психиатра (Медведев С.Э., 2009).

При «реактивном направлении» (Боуэн М., 2005) к психотерапевту, семья попадает на первый прием в результате скрытого или явного конфликта с лечащим врачом. Здесь важнейшим моментом начального этапа психотерапии становится присоединение к обеим сторонам, снижение эмоционального напряжения и предоставление условий для построения конструктивного диалога. Эффективность медиации в первую очередь определяется способностью психотерапевта к сохранению эмоциональной нейтральности.

Прояснение отношений между специалистами – важная часть психотерапевтического процесса. Диада психиатр-психотерапевт демонстрирует возможность построения отношений равноправного сотрудничества и разделения сфер ответственности.

Организация взаимодействия помогающих специалистов

Высокий уровень квалификации достигается посредством специализации, но координация усилий помогающих специалистов различных сфер достигается посредством интеграции подходов, относящихся к

разным уровням глобальной системы. Этого позволяет добиться системная модель Д. Н. Оудсхоорна, состоящая из шести уровней. Такой подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации, помогает сформулировать необходимую терапевтическую программу и разграничивает области компетентности разных специалистов (Черников А.В., 2010).

Согласно системному подходу, человек с окружающей средой представляет собой саморегулирующуюся систему, включающую взаимосвязанные уровни. Проблемы и симптомы понимаются в контексте системной адаптации.

Для создания команды, как *функциональной системы*, ответственность специалиста должна ограничиваться его *функциональной ролью*. При наличии у специалиста более широкой квалификации, он может реализовать профессиональные навыки и знания в смежных областях на всех этапах ведения случая *только при его обсуждении*.

Например, при наличии у психиатра квалификации психотерапевта, он может высказывать свою точку зрения по поводу психологических аспектов случая, но не может прямо вмешиваться в психотерапевтический процесс. В свою очередь, психотерапевт также может сообщать психиатру свое мнение о его лекарственных назначениях, но решения по поводу их коррекции будет принимать только сам психиатр.

В нашем исследовании особенностей аналитико-системной семейной психотерапии у больных шизофренией (Медведев С. Э., 2009) выявлено статистически значимое снижение количества регоспитализаций в течение 12 месяцев наблюдения при наличии системной организации взаимодействия помогающих специалистов. В настоящее время проводится исследование эффективности аналитико-системной модели семейной психотерапии в работе с семьями детей с психотическими расстройствами, имеющих противопоказания к назначению психофармакотерапии.

Особенности материнского отношения к детям с общим недоразвитием речи

Ю. М. Миланич

(Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина,
Санкт-Петербург, Россия)

Родительское отношение занимает особое место в психологических исследованиях семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Оно является внутренней основой стиля воспитания, реализуемого через воспитательные воздействия, способы обращения, типы эмоционального принятия. Без сомнения, отношение к ребенку является решающим фактором его благополучного развития. В литературе представлены особенности родительского отношения в семьях детей с умственной отсталостью (Майрамян Р.Ф., 1995; Савина Е.А., Чарова О.Б., 1999; Шипицына Л.М., 2002; Исаев Д.Н., 2003), детским церебральным параличом (Романова О.Л., 1988; Мамайчук И.И. с соавт., 1989; Левченко И.Ю., Приходько О.Г., 2001; Ткачева В.В., 2004, 2005), сенсорными нарушениями (Солнцева Л.И., Хорош С.М., 1988; Богданова Т.Г., Мазурова Н.В., 1998; Хохлова А.Ю., 2007), расстройствами эмоционально-волевой сферы (Печникова Л.С., 1998; Спиваковская А.С., 1999; Карвасарская И.Б., 2003; Никольская О.С. с соавт., 2007). В большинстве работ демонстрируется противоречивость отношения к ребенку, в котором усматриваются признаки излишней концентрации, гиперопеки, с одной стороны, и отвержения, с другой.

Особенности семьи ребенка с речевой патологией остаются «ничьей землей» в психологии. Немногочисленные публикации указывают на сложности социальных контактов детей как предмет негативных эмоций родителей (Левина Е.А., 2006; Ткачева В.В., Порошкова Е.Л., 2008). Нерешенным остается вопрос, насколько «особой» является семья «особого» с точки зрения речевого развития ребенка? Определяет ли своеобразие родительского отношения нарушение у сына или дочери, которое не влечет за собой глубокой инвалидизации, серьезных изменений в социальном и экономическом пространстве семьи. Приведенное ниже исследование позволит продвинуться в анализе этой проблемы.

Экспериментальную группу составили матери детей, имеющих общее недоразвитие речи второго и третьего уровней и посещающих коррекционное дошкольное учреждение; контрольную группу представляли женщины, воспитывающие дошкольников с нормальным психическим развитием (всего 40 человек). В качестве психодиагностического инструментария были выбраны: «Опросник родительского отношения» (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин), «Анкета для выявления детей группы риска» (Л.В. Кузнецова).

В отечественной психологии структура родительского отношения представляется в виде единства трех компонентов: когнитивного, эмоционального и поведенческого (Варга А.Я., Смахов В.А., 1986). Под когнитивным компонентом изучаемого феномена мы понимаем образ ребенка, важнейшими составляющими которого являются представления об особенностях психики. Для изучения их адекватности у матерей использовалась «Анкета для выявления детей группы риска». Она позволяет оценить следующие параметры: общий показатель развития; гиперактивность, двигательную расторможенность; социальную адекватность; эмоциональную устойчивость; умственное развитие; восприимчивость к педагогическим воздействиям.

Было проведено сравнение данных анкеты в двух группах. На вопросы отвечали также педагоги детей, что позволило получить более объективную картину психического развития дошкольников. Сравнение с ней дает возможность оценить степень адекватности когнитивного компонента родительского отношения.

В экспериментальной группе были представлены статистически более низкие показатели, чем в контрольной (при $p=0.05$ и 0.01): матери детей с речевой патологией ниже оценивают все параметры их психического развития. Педагоги дают более высокие оценки в обеих группах. Однако в экспериментальной группе эта разница значимо выше по шкалам «гиперактивность, двигательная расторможенность», «социальная адекватность» и «эмоциональная устойчивость» (при $p=0.05$). Таким образом, в сравнении с матерями дошкольников с нормальным психическим развитием, представления о ребенке родителей детей с ОНР менее объективны. Переоцениваются признаки повышенной двигательной активности, расторможенности и связанного с ними дефицита внимания, а возможности эмоциональной регуляции недооцениваются. Чаще ожидается от ребенка асоциальное поведение: нарушение дисциплины, агрессивность, неуправляемость.

Эмоциональный компонент родительского отношения включает систему чувств, испытываемых к ребенку. Информацию об интегральном эмоциональном отношении мы получаем с помощью шкалы «Принятие – отвержение» ОРО. Женщины обеих групп не продемонстрировали здесь высоких тестовых показателей, не обнаружив таким образом явной тенденции к отвержению. Однако в выраженности признака выделены достоверные различия (при $p=0.05$). Матери детей с речевой патологией показали менее благоприятный характер отношений. Они чаще испытывают негативные эмоции в общении с дошкольником: раздражение, обиду, злость, проявляют плохую переносимость его общества, более склонны к ожиданию неудач, дурных наклонностей и проступков. Таким образом, в континууме значений эмоционального компонента отношение к «особому» ребенку находится ближе к отвержению, чаще демонстрируются эмоциональная холодность и дистантность.

Поведенческий компонент – это воспитательные установки и формы общения с ребенком. Его содержание отражают остальные шкалы ОРО: «Кооперация», «Симбиоз», «Авторитарная гиперсоциализация», «Маленький неудачник». По всем шкалам получены значимо более высокие показатели в экспериментальной группе. Матери дошкольников с ОНР в большей мере стараются демонстрировать социально желательный стиль воспитания – кооперацию (при $p=0.001$), которая характеризуется умением встать на точку зрения ребенка, поощрением инициативы и самостоятельности, готовностью помочь. Здесь можно было бы признать родительское отношение к детям с речевой патологией более благополучным. Но анализ результатов по следующим шкалам выявляет противоположные тенденции. Так, экспериментальная группа оказалась более склонной к симбиозу с сыном или дочерью (при $p=0.001$). Это указывает на стремление оградить от неприятностей, препятствие автономии, восприятие ребенка как беззащитного, слабого.

Последнее логично связано с тенденцией к инфантилизации (при $p=0.001$). Матерям экспериментальной группы более свойственна недооценка личной и социальной состоятельности детей. Чувства, мышление и интересы считаются незрелыми с точки зрения возрастной нормы. Это оправдывает усиление контроля в воспитании, страх перед самостоятельностью. Обнаружено стремление к авторитаризму в воспитании детей с ОНР (при $p=0.001$). В интересующих нас семьях мы чаще будем наблюдать требования безоговорочного послушания, подавление воли, строгие наказания, пристальное внимание к социальным достижениям ребенка.

Таким образом, матери дошкольников с ОНР при сравнении с женщинами, воспитывающими детей без речевой патологии, демонстрируют своеобразие всех трех компонентов родительского отношения. Его противоречивость усматривается:

- 1) в искаженном когнитивном видении ребенка: уровень психического развития занижается, а его проблемный характер преувеличивается;
- 2) в неуравновешенности противоположных воспитательных установок: предоставление ребенку автономии, с одной стороны, и симбиоз, сверхконтроль, с другой;
- 3) в проявлении стиля общения, характеризующегося движением «к – ребенку» (кооперация, симбиоз, авторитарная гиперсоциализация) на фоне недостаточно позитивной эмоциональной окраски отношения.

Супружеские отношения у наркозависимых мужчин и женщин

В. В. Пушина

(Волжский государственный инженерно-педагогический университет, Нижний Новгород, Россия)

Наркозависимость – это проблема не только одного супруга в семье, но его партнера по браку, детей и других близких родственников. Несмотря на очевидный факт возникновения особых межличностных отношений в семьях наркозависимого и изменения супружеских отношений, до сих пор существует дефицит теоретических и практических исследований психологических механизмов и закономерностей взаимного влияния наркотической зависимости и супружеских отношений. Данное

положение определяет значимость и актуальность нашего исследования в установлении половых особенностей супружеских взаимоотношений больных с героиновой зависимостью и зависимостью от алкоголя.

В нашем исследовании принимало участие 120 человек, из них 40 героинозависимых супругов, 40 больных алкоголизмом и 40 супругов, ведущих здоровый образ жизни. Для выявления супружеских отношений применялись следующие опросники: «Удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова и Г.П. Бутенко), «Ролевые установки в супружеской паре» (А.Н. Волкова), «Шкала любви и симпатии» (Зик Рубин, модификация Л.Я. Гозманова и Ю.Е. Алешиной), «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (Д.Х. Олсон, Дж. Портнер и И. Лави).

Результаты исследования любви и симпатии показали, что среди больных зависимых от героина чувство любви ($p < 0,005$) у женщин более выражено, чем у героинозависимых мужчин.

Анализ связей фактора любви у зависимых от героина супругов выявил положительную корреляцию с фактором семейной адаптации по параметру ролей, с семейной сплоченностью по параметру эмоциональной связи и проведению времени, притязаниями к себе в социальной активности и в хозяйственно-бытовой сфере, а также отрицательную корреляцию с показателями интереса и отдыха. Таким образом, чем больше в семье героинозависимый супруг принимает свою роль, правильно планирует проведение времени, проявляет тесную эмоциональную близость к партнеру по браку, социально активен и участвует в хозяйственно-бытовой сфере, тем выше проявляется чувство любви между супругами, тем меньше они нуждаются в иных интересах и отдыхе.

У мужчин и женщин, зависимых от алкоголя, чувство любви и симпатии друг к другу выражено на одинаковом уровне. Анализ связей фактора любви у зависимых от алкоголя супругов прямо зависит от уровня их эмоциональной близости, авторитетности, проявления симпатии и включения в детско-родительские отношения в семье. Таким образом, чем выше уровень любви в семье больного алкоголизмом, тем больше проявления эмоциональной близости, симпатии к партнеру по браку, тем выше авторитетность его в семье, тем больше супруг занимается воспитанием детей. Среди ведущих здоровый образ жизни чувство любви и симпатии выражено примерно на одном уровне у мужчин и женщин. Чувство любви в здоровых семьях зависит от эмоциональной близости супругов, проявления симпатии, активного участия в воспитании детей, эмоционально-терапевтической поддержки и семейных границ.

Следовательно, чем больше эмоциональной близости, симпатии между супругами, чем больше здоровые супруги принимают участия в воспитании детей и эмоционально поддерживают друг друга, тем больше чувства любви проявляется между ними, тем меньше нужно обращать внимания на установление семейных границ.

Изучение степени удовлетворенности браком мужчин и женщин проведено с помощью методики «Удовлетворенность браком». Полученные результаты показали, что в семьях здоровых мужчин и женщин удовлетворенность супружескими отношениями выше ($p < 0,001$), чем у наркозависимых больных мужчин и женщин. Кроме того, у супругов, зависимых от героина, удовлетворенность браком выше, чем у больных алкоголизмом.

Анализ корреляционной связи фактора удовлетворенности браком в семье героинозависимых супругов показал положительную связь с пониманием супруга, его авторитетностью и приятной внешностью супруга, отрицательную связь с семейными границами. Можно предполагать, что недостаточная удовлетворенность браком в семьях героинозависимых происходит из-за непонимания и низкой авторитетности супруга, недостаточной внимательности к его внешности, размытости семейных границ. Удовлетворенность браком у больных алкоголизмом мужчин и женщин зависит от эмоциональной близости супругов. В здоровых семьях удовлетворенность браком зависит от внешности супругов. Таким образом, чем выше удовлетворенность супружескими отношениями у здоровых супругов, тем больше они уделяют внимания своей внешности.

Для изучения уровня сплоченности и адаптации в семьях нами использовался опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности». Результаты исследования показали более низкие показатели по семейной адаптации и сплоченности у наркозависимых мужчин и женщин по сравнению со здоровыми респондентами.

Среди женщин статистически значимая разница обнаружена между показателями сплоченности у героинозависимых женщин ($p < 0,001$). Следовательно, можно предполагать, что у женщин, зависимых от героина, семейная система не способна гибко приспосабливаться, изменяться при воздействии на нее стрессоров. При анализе показателей семейной адаптации и сплоченности у героинозависимых мужчин и женщин выявлено превосходство результатов у женщин по шкале роли ($p < 0,005$). Данные свидетельствуют о большей важности для женщин, зависимых от героина, чем для мужчин, четкого распределения ролей в семье. По шкале «Правила» результаты у зависимых от героина мужчин и женщин совпадают, что говорит об одинаковой важности для них наличия и соблюдения правил в семье.

Корреляционный анализ обнаружил положительную связь фактора семейных ролей у больных, зависимых от героина, с показателями любви, дисциплиной, семейной адаптацией, лидерством и отрицательную – с показателями идентичности с супругом и ожиданием его привлекательной внешности. Можно предполагать, что выполнение семейных ролей в семье героинозависимого прямо связано с чувством любви супругов, гибкостью семейной системы, стремлением к лидерству. При соблюдении ролей

в семье героинозависимые супруги меньше нуждаются в идентификации с партнером и проявляют меньше требований к внешнему виду супруга.

Анализ показателей семейной адаптации и сплоченности у здоровых мужчин и женщин выявил одинаково высокий уровень функциональности семейных отношений, что говорит об их равноправном взаимодействии в семье. По результатам обследования адаптации и сплоченности у героинозависимых и здоровых мужчин можно сказать, что для зависимых от героина мужчин более важное значение имеет наличие и поддержание в семье определенных ролей. Полное совпадение результатов по шкале семейные границы у всех мужчин свидетельствует об одинаковой важности для них сохранения семейных границ. По остальным показателям адаптации и сплоченности семьи результаты выше у мужчин, ведущих здоровый образ жизни, чем у зависимых от героина мужчин. Сравнение показателей определения семейной адаптации и сплоченности героинозависимых и здоровых женщин определило, что здоровые женщины придают большее значение эмоциональной связи в семье ($p < 0,005$), героинозависимые женщины – семейным ролям ($p < 0,005$). Можно сделать вывод о том, что для героинозависимых женщин, больше, чем для здоровых, важно наличие ролей в семье, их соблюдение и поддержание. Зависимые женщины менее способны создавать и поддерживать эмоциональную связь с супругом.

Для исследования семейных ценностей и ролевых установок в браке мужчин и женщин использовался опросник «Ролевые ожидания и притязания в браке» (РОП). При сравнении результатов исследования мужчин было обнаружено, что ожидания по отношению к супругам у героинозависимых мужчин выше, чем у здоровых мужчин, прежде всего по параметрам социальной активности ($p < 0,005$) и внешности ($p < 0,001$). По результатам исследования притязаний в браке у героинозависимых мужчин отмечается доминирование показателей по внешности ($p < 0,001$): для них больше значима своя внешность, чем для здоровых мужчин.

Сравнение полученных значений по ожиданию от супруга в браке у героинозависимых и здоровых женщин достоверных различий не показало. Следовательно, ожидания в браке от супруга у здоровых женщин и у наркозависимых одинаковые.

Уровень притязаний в семейных ценностях у героинозависимых женщин по сравнению со здоровыми выше по социальной активности и ниже по эмоционально-терапевтической поддержке супруга. Можно предполагать, что женщины, зависимые от героина, больше стремятся к социальной активности, активному участию в общественной жизни и поддержанию контактов за пределами семейного круга. Они менее, чем здоровые, готовы эмоционально поддерживать супруга.

Результатам исследования ролевых установок и ожиданий в браке свидетельствует о более высоких ожиданиях у героинозависимых мужчин по всем сферам семейной жизни. Достоверные различия ($p < 0,005$) говорят о том, что зависимым от героина мужчинам более важна интимно-сексуальная сфера семейной жизни, чем героинозависимым женщинам. Также наркозависимые мужчины более требовательны к внешности своей жены, они хотят, чтобы жены хорошо выглядели и следили за собой ($p < 0,001$).

Анализ фактора интимно-сексуальной сферы супружеских отношений у героинозависимых выявил прямую корреляционную связь с ожиданиями привлекательной внешности партнера и семейной сплоченностью. Таким образом, чем выше степень эмоциональной связи между супругами в семье с героинозависимым, чем больше желание видеть рядом с собой привлекательного партнера, тем выше удовлетворенность интимно-сексуальными отношениями.

Результаты исследования ролевых установок в браке зависимых от алкоголя респондентов свидетельствует о более высоких ожиданиях у женщин от супругов социальной активности и более высоких притязаниях к себе по эмоциональной поддержке мужа. Относительно здоровых супругов выявлены абсолютно равные ожидания мужчин и женщин в отношении внешности друг друга. Достоверные различия обнаружены в шкалах хозяйственно-бытовой сферы ($p < 0,005$) и социальной активности ($p < 0,001$). Мужчины, ведущие здоровый образ жизни, ждут от супруги большей активности в бытовой сфере, чем женщины от мужей. Ожидания здоровых женщин относительно социальной активности своего супруга больше, чем ожидания супруга. Исходя из достоверных различий в притязаниях здоровых мужчин и женщин в хозяйственно-бытовой сфере ($p < 0,001$), мы можем утверждать, что здоровые женщины берут больше работы по дому, чем мужчины. В то же время результаты исследования показывают, что мужчины предъявляют к себе больше требований по воспитанию детей, чем женщины ($p < 0,001$). Здоровые женщины более требовательны к своему внешнему виду, следят за внешностью, стремятся выглядеть привлекательно ($p < 0,001$), чем их мужья.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- 1) Чувство любви в супружеских отношениях каждой семьи зависит от эмоциональной близости между партнерами.
- 2) Для каждого супруга важно определение правил в семье.
- 3) Для наркозависимых личностей очень важно принятие и выполнение своих ролей в семье.
- 4) Сексуально-интимная сфера в семье наиболее важна для героинозависимых и здоровых мужчин, чем для мужчин, страдающих от алкоголизма.
- 5) Удовлетворенность браком выше у героинозависимых личностей, чем у больных алкоголизмом.
- 6) Привлекательная внешность супруги наиболее важна для мужчин, зависимых от героина, чем для мужчин зависимых от алкоголя и ведущих здоровый образ жизни.

Организация медико-психолого-социальной помощи жертвам семейного насилия на Украине

Т. А. Ромицына

(Центр медико-социальной реабилитации жертв насилия в семье, Одесса, Украина)

В соответствии с приказом МЗ Украины от 28.03.2006 г., на базе Одесского областного психоневрологического диспансера одним из первых на Украине был создан Областной центр медико-социальной реабилитации жертв насилия в семье. Необходимость создания такого центра обусловлена серьезным влиянием семейного насилия на состояние здоровья жертвы. Насилие в семье является реальное действие или угроза физического, сексуального, психологического или эмоционального оскорбления по отношению к лицу, с которым личность имеет интимные или иные значимые отношения.

Как правило, насилие в семье характеризуется следующими особенностями:

- если имеет место физическое насилие, то с каждым разом повышается частота его повторения и сила жестокости;
- насилие и оскорбительное поведение чередуются с обещаниями измениться и сожалением о содеянном;
- при попытках разорвать отношения наблюдается эскалация опасности для жертвы;
- насилие в семье встречается в любых слоях населения, вне зависимости от расовой, культурной, религиозной и социально-экономической принадлежности.

Статистика нашего региона показывает колоссальную распространенность насилия в семье. Ассоциация медработников выделяет жестокое отношение как величайшую угрозу для здоровья населения. Ущерб, который обусловлен домашним насилием, не ограничивается масштабами одной семьи. Он очень дорого обходится системе здравоохранения, юстиции, социальным службам, приводит к снижению работоспособности. Однако в большей степени физический, психологический и моральный вред наносится детям, воспитывающимся в такой семье.

По данным МВД Украины, около 70% тяжких телесных повреждений и убийств совершается на личной и семейной почве. В 96% из них страдают женщины и в 75% – дети. 50% арестованных женщин учинили расправу над своими обидчиками.

Значительное распространение в Одесской области имеет физическое, эмоциональное, психологическое и экономическое насилие над пожилыми людьми. Широко распространено психологическое и эмоциональное насилие в семье над мужчинами. Домашнее насилие является одной из основных причин появления безработных, бездомных и наркоманов, приводит к самоубийствам. Таким образом, борьба с домашним насилием требует от общества согласованного действия медицинских, правоохранительных и социальных сил. Домашнее насилие относится к тем формам поведения, которые совершаются с намерением причинить боль или обидеть члена семьи. Характерная особенность этих форм поведения заключается в том, что они редко бывают однократными: как правило, они имеют регулярный характер, иногда непрерывный, на протяжении продолжительного времени.

Кроме того, было установлено, что жертвы семейного насилия, а также те, кто является его свидетелями, сами подвержены повышенному риску проявления жестокого поведения, что нередко порождает замкнутый круг насилия, который трудно разорвать.

Поскольку домашнее насилие ограничено рамками семьи, оно оказывается скрыто от посторонних глаз. А те из посторонних, которые узнают об этом, часто не в состоянии что-либо сделать, поскольку считают это личной проблемой данной семьи, которая должна решаться самостоятельно. Женщины, которых избивают мужья, стремятся скрыть жестокое поведение мужа, чтобы сохранить образ полноценной семьи. Люди пожилого возраста, которых избивают, боятся, что их поместят в специальное учреждение для престарелых, если они расскажут кому-либо о плохом отношении к ним. Все эти проблемы препятствуют выявлению насильников и жертв семейного насилия, скрывают действительные масштабы распространения этого вида агрессии, а также не дают возможности оказания помощи тем, кто в ней нуждается.

В соответствии со ст.9 Закона Украины «Про попередження насильства в сім'ї», Приказом МЗ Украины от 21.01.04 г. №38 «Про затвердження мiр по виконанню Закону України», «Про попередження насильства в сім'ї» и местным положением «Про центр медико-соціально реабілітації жертв насильства в сім'ї», Приказом управления здравоохранения и медицины катастроф от 23.01.06 г. №15 «Про невідкладних заходах попередження насильства в сім'ї», в Одесском областном психоневрологическом диспансере был издан приказ, который регламентирует порядок работы Центра медико-социальной реабилитации жертв насилия в семье на базе данного диспансера. Согласно этим нормативным актам, с целью оказания помощи жертвам, которые пострадали от насилия в семье, был создан Одесский областной центр медико-социальной реабилитации жертв насилия в семье. На данный момент в многопрофильную структуру специализированной помощи в рамках Центра входят:

- Телефон доверия
- Кабинет семейного консультирования
- Скорая медицинская помощь
- Амбулаторная медицинская помощь

- Стационарная медицинская помощь
- Палата реабилитации для женщин и детей
- Группы поддержки для пострадавших от насилия в семье
- Профилактическая группа поддержки для лиц пожилого возраста
- Анонимное консультирование обидчиков
- Психодиагностика
- Психотерапия
- Санпросветработа
- Обучающие семинары для медперсонала

Одесский областной центр медико-социальной реабилитации жертв насилия в семье оказывает медицинскую помощь потерпевшим медико-психолого-профилактическими средствами, как в городе Одессе, так и в районах области.

В лечебно-профилактических отделениях городов и районов области обеспечено получение первичной медицинской помощи взрослому и детскому населению области, которое пострадало от физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье.

В женских консультациях, центрах и кабинетах планирования семьи, центрах женского здоровья предоставляется информационная, юридическая, медицинская, социальная помощь женщинам, которые пострадали от насилия в семье. Информация об этом направляется непосредственно в Центр.

В Одесском областном психоневрологическом диспансере для оказания помощи жертвам насилия в семье функционирует поликлиническое отделение, дневной стационар для взрослых и детей, психологическая служба «Телефон доверия», социально-правовой кабинет, нейрофизиологическая и психологическая лаборатории, работает кабинет семейного консультирования, где проводят консультации высококвалифицированные специалисты: главный медицинский психолог, главный психотерапевт, главный детский психиатр управления областного отдела здравоохранения, врач-геронтолог и юрист-консультант.

В дневном стационаре для нужд Центра выделено 20 коек, по 5 коек в женском и мужском психиатрических отделениях, выделены 2 специализированные палаты реабилитации для женщин с детьми, пострадавшим от насилия в семье. На базе диспансера работают группы поддержки для пострадавших от насилия в семье, а также профилактическая группа поддержки для лиц пожилого возраста. Коррекционная работа с детьми проводится с учетом возрастных и личностных особенностей ребенка. Кроме того, в кабинете семейного консультирования проводится анонимное консультирование обидчиков.

Следует особо отметить, что психиатрическая помощь жертвам насилия в семье в психоневрологическом диспансере оказывается согласно Закону Украины «Про психіатричну допомогу». Что же касается несовершеннолетних, то им помощь оказывается с согласия их родителей. Пациенты, нуждающиеся в реабилитации, направляются в Центр службой «Телефон доверия», врачами диспансера и другими лечебными учреждениями. Как правило, непрофильные лечебные учреждения направляют для освидетельствования психиатром в Областной психоневрологический диспансер лиц, имеющих нарушения психики и поведения, далее, при выявлении им фактов насилия в семье, им оказывается помощь в нашем Центре.

При необходимости дистанцирования/изоляции жертв насилия от агрессора или психотравмирующей ситуации, в зависимости от состояния здоровья они направляются в профильное стационарное отделение, палату реабилитации для женщин с детьми или в областной центр социально-психологической помощи (согласно положению о совместной деятельности от 10.10.2005 г. №138/3).

По информации Областной детской клинической больницы, неотложная медицинская помощь оказывается лечебно-профилактическими детскими учреждениями с регистрацией таких случаев и информированием уголовной милиции в течение дня с последующим направлением их в Центр медико-социальной реабилитации. В течение последних 3-х лет таким образом была оказана специализированная помощь 334 детям, которые пострадали от жестокого обращения взрослых.

Обо всех случаях жестокого обращения с детьми были направлены соответствующие извещения в областную службу по делам несовершеннолетних и в правоохранительные органы.

При необходимости наш Центр оказывает помощь жертвам насилия также и в районах области. Так, в районах области за последние 3 года было зарегистрировано 263 случая насилия в семье, в которых была оказана специализированная помощь. В ряде районов работают «Телефоны доверия», ведется санпросветработа, в том числе в средствах массовой информации, выпускаются буклеты, проводятся семинары.

Согласно распоряжению Управления здравоохранения, обеспечено взаимодействие с иными организациями и ведомствами, которые оказывают помощь жертвам насилия в семье (лечебно-профилактические учреждения, Областной центр социальных служб для семьи, детей и молодежи, Областной центр здоровья, центр борьбы с насилием в семье при областном УВД, юридическими организациями).

В целом за прошедшее с момента основания Центра время было принято на реабилитацию 1003 лица, из них из районов области – 263 человека, в том числе амбулаторно 812, стационарно 181, из них детей – 334, взрослых – 669.

Наши наблюдения показывают, что любой человек может стать жертвой насилия в семье так же, как каждый может стать жертвой любого злодеяния. Чем дольше человек (будь то взрослый или ребенок) остается в семье, где над ним совершается насилие, тем больше вероятность того, что у него разовьются следующие нарушения: снижение самооценки, признаки социально-стрессовых расстройств (утомляемость, нарушения сна, головные боли), психосоматические нарушения, депрессия, беспокойство, подозрительность относительно тех, кто готов помочь, скрытность, что может быть признаками посттравматического стрессового синдрома.

Анализируя данную работу, можно заключить, что чаще всего встречаются три типа обидчиков:

- Семейный тип. Насильственное поведение ограничивается своей семьей, лица такого типа не проявляют психопатологических расстройств, насилие с их стороны, как правило, не менее жестоко и не исключает сексуального и/или психологического. Представители этого типа встречаются в 50% случаев мужчин, которые проявляют насилие в отношении своих партнеров-женщин

- Дисфорический/пограничный тип. Корень насилия, которое проявляется представителями этой группы, кроется в эмоциональной неуравновешенности и психических расстройствах. Их агрессия реализуется преимущественно в семье, однако время от времени акты насилия могут встречаться за ее пределами, где демонстрируется преступное поведение. К этому типу относятся около 25% мужчин, избивающих своих партнеров-женщин

- Жестокий/антисоциальный тип. Представители этой группы демонстрируют жестокость как в семье, так и за ее пределами. Кроме физического насилия, они склонны проявлять акты сексуальной и психологической агрессии. Кроме того, их насильственное поведение зачастую сопровождается злоупотреблением алкоголем и наркотиками, а также приводит к особо тяжким преступлениям. Представители этого типа встречаются в 25% случаев.

С нашей точки зрения, мероприятия, направленные на предупреждение домашнего насилия должны носить трехуровневый характер.

На уровне всего общества основными способами решения домашнего насилия представляются создание более равноправных гендерных отношений, смена взгляда на семейную агрессию как на необходимое или неизбежное явление, разработка правовых норм, направленных на выявление и судебное преследование насилия, а также работа государственных служб поддержки жертв насилия.

На уровне семьи важнейшее значение имеет разрушение неадекватных моделей разрешения конфликтов и совершенствование коммуникативных навыков членов семьи.

На индивидуальном уровне необходимы программы, нацеленные на агрессора, которые меняли бы восприятие обидчиками своих действий и обучали бы их альтернативным стратегиям разрешения конфликтов с детьми и партнерами. Кроме того, важны предупредительные меры, нацеленные на потенциальных жертв семейного насилия, позволяющие им с успехом защищать свою физическую, сексуальную и эмоциональную неприкосновенность.

Особенности и деформации общения при наркологических расстройствах

Д. В. Семенов

(Владимирский государственный университет, Владимир, Россия)

В большинстве случаев злоупотребление наркотическими и токсическими средствами начинается в подростковом возрасте. Наркотизация инициируется общением с лицами, группой лиц (в том числе семьей, в которой имеются родственники, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками) уже имеющих опыт употребления психоактивных веществ (ПАВ).. Первые пробы ПАВ подростками совершаются под влиянием лидера, который воплощает в своей активности девиантные, наркоманические «ценности», взамен получая высокий статус в группе, возможность максимального влияния на ее жизнь и вовлекает участников группы в наркотизацию. Лидерам-аддиктам свойственны эпилептоидные черты характера (напряжение базисных влечений), импульсивность, агрессивность, тревожность, стремление к самоутверждению в неформальной группе. У них преобладает гипертимный тип реагирования («сильный» тип высшей нервной деятельности). В связи с дезадаптацией такие подростки не могут нормативным путем удовлетворить или «укротить» свои потребности. Средства массовой коммуникации и массовой культуры, ближайшее окружение, представляют им широкий спектр поведенческих моделей людей с такими же, как у них, психологическими характеристиками, которые без труда удовлетворяют аналогичные потребности. То есть «эталоны» для аддиктов являются индивидуумы с отклоняющимся поведением, ведущие девиантный образ жизни, включающий в себя употребление алкоголя, наркотических и токсических средств. Осознанно и неосознанно лидеры-аддикты принимают нормы и ценности девиантного образа жизни и осуществляют «эталонное» девиантное поведение. Лидеры успешно реализуют действия по удовлетворению потребностей, которые не удовлетворены, актуальны у подростков с более низким статусом в неформальной группе. Именно успешность в удовлетворении потребностей данными подростками и делает их лидерами, значимыми другими, эталонами в восприятии сверстников, у которых такой успешности нет.

Влияние лидера на подростков начинается с взаимного восприятия, результатом чего является формирование своеобразного перцептивного образа, как на аффективном, так и на когнитивном уровнях.

Аффективная сторона межличностного восприятия у аддиктивных подростков обусловлена напряжением базисных влечений, а также микро- и макросоциальными факторами, формирующими или актуализирующими устойчивые потребности. Под воздействием социальной среды (в том числе информационного) у подростков формируется аффективный шаблон восприятия значимого лица. Эмоционально-положительный выбор подростков с аддиктивным поведением падает на лиц лидирующих, заведомо занимающих доминирующую позицию по отношению к ним, импульсивных, агрессивных, тревожных, в целом проявляющих гипертимный тип реагирования («сильный» тип высшей нервной деятельности) – это аффективный шаблон восприятия значимого другого. Эмоционально-отрицательный выбор подростков с аддиктивным поведением падает на лиц с тенденциями сексуальной недифференцированности и депрессивности, то есть обладателей таких личностных особенностей, как интровертированность, пассивность, эмоциональная ранимость, свойственных гипотимному, инертному типу реагирования («слабый» тип высшей нервной деятельности) – это аффективный шаблон восприятия отвергаемого другого.

Когнитивная оценка другого человека в общении зависит от уже имеющихся у субъекта знаний, от его опыта общения. Знания о других людях получаются из средств массовой коммуникации и массовой культуры, а также в непосредственном общении с другими людьми. У детей подросткового возраста уже имеются определенные стереотипы в понимании других людей, референтные группы, отдельные значимые другие. Самой яркой особенностью когнитивного уровня социальной перцепции подростков с аддиктивным поведением является зависимость их оценивания другого человека от социальных эталонов, от мнения значимых лиц из ближайшего окружения (лидеров) и от норм, ценностей значимых «героев» средств массовой информации, культуры. Данные мнения и влияния настолько сильны, что даже если «оцениваемые» являются антисоциальными, криминальными или психически больными людьми (что проявляется в их поведении, внешнем виде, нормах, ценностях и пр.), сложившееся у подростков воззрение будет относить этих лиц к «эталонным» (Семенов Д.В., 2004).

Типичные «эталонные» подростков с аддиктивным поведением имеющиеся в средствах массовой коммуникации и массовой культуры, демонстрирующие девиантный образ жизни:

Звезды (шоу-бизнеса, культуры, политики). Это реальные очень известные и популярные люди, у многих из них есть поклонники и подражатели. В том или ином виде они постоянно присутствуют в средствах массовой коммуникации и воплощают собой эталон успешности. Многие из этой категории людей злоупотребляют алкоголем, некоторые употребляют наркотические и токсические средства, что широко обсуждается на страницах печатных изданий, в Интернете, в телевизионных программах (например, вокалист рок группы The Doors – Джим Моррисон – злоупотреблявший алкоголем, наркотиками и умерший в 29 лет от сердечного приступа или лидер рок группы Nirvana – Курт Кобейн – погибший от передозировки наркотиков).

Элита – это образы людей или реальные люди, занимающие высшие ступени в социальной иерархии и в собственном кругу, в роскоши, получающих различные удовольствия, включая употребление наркотиков, алкоголя. Образы таких «героев» широко представлены в литературе, телевидении, кино, других средствах массовой коммуникации и культуры, в том числе в рекламе (например, граф Монте-Кристо или высокопоставленный чиновник в телесериале).

Мистики – употребление наркотических веществ данной категорией людей или персонажей обусловлено мистическими традициями разных культур, псевдорелигий, сект, в которых для вхождения в особые «мистические» состояния используются различные токсические и наркотические средства. В наркотически измененных состояниях сознания данные персонажи якобы совершают сверхъестественные действия, становятся могущественными, управляют судьбами других людей и т.п. Данная категория эталонных лиц наиболее древняя и исторически обусловлена. Так, в пределах большинства культур употребление ПАВ инициировалось и регламентировалось строгими традиционными ритуалами с помощью лидера – шамана, жреца, служителя культа, вождя и т.д. У современных подростков такими «героями» являются шаманы, мистики, колдуны и другие подобные персонажи из телепередач, кинофильмов, книг и статей (например, Дон Хуан из книг Карлоса Кастанеды или сатанисты из современных российских хроник).

Криминальные – бандиты, гангстеры, преступники, «воры в законе» и т.п. Они отрицают мораль, законы, труд, семью, шикарно транжируют преступно нажитые деньги, употребляют наркотики, алкоголь, токсические средства. Весь модус поведения таких людей или персонажей направлен на получение удовольствия путем легкой, преступной наживы и насилия (например, персонажи Джона Траволты и Умы Турман из фильма «Криминальное чтиво», бандиты из телесериала «Бригада» и многие другие).

Случайные – это неизвестные, ни чем особо не выделяющиеся из общей индивидуумы, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, о которых имеются единичные упоминания или сюжеты в средствах массовой коммуникации.

Злоупотребление ПАВ, включая алкоголь, сопровождается изменениями процесса общения. Эти изменения зависят от длительности злоупотребления и имеют этапное прогрессирование (Бехтель Э.Е., 1986).

На первом этапе преобладает субъективное облегчение общения: создается иллюзия, что ПАВ улучшает эффективность взаимодействия людей, устраняет психологические задержки, нивелирует исходное эмоциональное состояние, делает общение эмоционально насыщенным. ПАВ здесь выступает как условие удовлетворения потребности в общении.

На втором этапе условие становится облигатным. Полноценное общение без этого условия невозможно. Трансформируется сам процесс общения, вырабатывается стереотипная форма общения (клиширование). Общение теряет свое качественное многообразие, различные его формы и варианты начинают один за другим отпадать, уступая место одному, принятому данной личностью. Процесс общения уплощается, теряет своеобразие, ситуационную обусловленность. Акты общения клишируются, становятся похожими друг на друга, как близнецы. Начавшись, общение развертывается по унифицированному сценарию. В каждый момент известно, что будет потом. Фиксируются не только общая сюжетная линия и тема беседы, не даже шутки, речевые обороты, все приобретает тенденцию повторению. Общение вне этого стереотипа, без основного его условия делает контакт «сухим», эмоционально пустым, формализованным и не сопровождается полным удовлетворением потребности в общении.

На третьем, заключительном, этапе потребность в общении угасает. Прием ПАВ из условия становится самостоятельным и даже доминирующим (смыслообразующим) мотивом поведения. Этому соответствует изменение объекта взаимодействия (круга общения). Из взаимодействия выпадают лица, не употребляющие ПАВ, так как человек предпочитает общаться с теми людьми, чье отношение наиболее близко его самосознанию. Круг лиц привычного общения суживается и часто исчерпывается своей алкогольной или наркотической группой.

При большой продолжительности аддикции устанавливаются эмоциональные отношения, связи не с другими людьми, а с неодушевленными предметами или явлениями. Эмоциональные отношения с людьми теряют свою значимость, становятся поверхностными, к глубоким положительным отношениям они не способны и избегают ситуаций, связанных с ними. В общении аддикты пытаются манипулировать другими людьми, часто говорят неправду, не сдерживают своих обещаний, отличаются необязательностью, несоблюдением договоров, стремятся обвинять невиновных, (даже если известно, что человек на самом деле не виноват), уходят от ответственности в принятии решений и перекладывают ее на других, ищут оправдательные аргументы в нужный момент. Аддикты утрачивают способность ставить себя на место партнера, сопереживать, представлять, каким воспринимают тебя окружающие (нарушение идентификации, эмпатии, рефлексии) (Короленко Ц.П., 1991).

У подростков, употребляющих наркотики, глубоко нарушается интерперсональное общение в сферах отношения к отцу, матери, семье, ко всем людям в целом. Уровень конфликтности повышается, распространяется на все сферы отношений молодого человека. Аддикты склонны к сокращению дистанции межличностного общения с наиболее значимыми для них представителями микросоциальной среды. В процессе формирования наркомании и нарастания социально-психологической дезадаптации подростков укорачивание дистанции распространяется на общение с большинством коммуникантов (Сирота Н.А., 2001).

Как подростки, так и взрослые люди, злоупотребляющие наркотическими веществами, в общении склонны использовать методы самозащиты, которые дают им возможность «не замечать» существующих проблем: они ведут себя так, как будто проблемы не существует, отрицают тот факт, что употребление наркотиков вышло из-под контроля. Если даже злоупотребление наркотиками и признается проблемой, то ее важность недооценивается, поскольку находятся различные оправдания, например, стрессорная ситуация дома или на работе («Оправдание поведения»).

Часто злоупотребляющий наркотическими средствами видит причину своей зависимости в других людях. Например, алкоголик может обвинить «сварливую жену» или «неуправляемых детей» в том, что из-за них он употребляет алкоголь в больших количествах («Перекладывание ответственности на других людей»). Для таких людей типичны высказывания: «Я выпиваю только по выходным», «Я всего лишь навеселе», «Я могу выпить много, но не столько, сколько...» («Преуменьшение важности проблемы»). Общение в семьях, где злоупотребляют наркотическими веществами, часто построено на лжи и неискренности. (М.Буш, Эл.Б. Каронна, С.Е. Спратт, Дж.-Э. Бигби, 1998). Аддиктам свойственно употребление специфичного сленга, с помощью которого они «кодируют» запрещенные предметы, вещества, активности и отношения связанные с наркотизацией.

Транзактно-аналитическая семейная терапия (ТАСТ) – интегративная модель системной семейной терапии с использованием теории и практики транзактного анализа

А. А. Туровец

(ГУ «Минский городской центр социального обслуживания семьи и детей», Минск, Беларусь)

Развитие семейной терапии и обнадеживающие результаты, полученные при использовании ее различных форм и моделей, свидетельствуют о том, что данный вид психологической помощи имеет большое будущее.

В Государственном учреждении Минский городской центр социального обслуживания семьи и детей с 2001 года стали использоваться классические модели семейной терапии – структурная, стратегическая, трансгенерационная.

Вместе с тем, специалисты центра в индивидуальном консультировании активно использовали психодинамические модели, в том числе транзактный анализ (ТА). Транзактный анализ использовался и как целостная модель, и как набор удобных и практичных инструментов. Как известно, ТА состоит из структурного анализа (собственно РВД – концепции), транзактного анализа как инструмента анализа парных и групповых взаимоотношений и сценарного анализа, изучающего сценарную матрицу (сценарий, скрипт) личности, условия ее формирования и возможные варианты коррекции.

Сочетание (интеграция) этих двух направлений психотерапии, при дополнительном использовании инструментария нейро-лингвистического программирования и отдельных техник гештальт-терапии, позволили достигать выраженного терапевтического эффекта в работе с семьей и ее членами в большинстве случаев консультирования.

Богатство арсенала техник, содержащихся в указанных подходах, гибкость объяснительных моделей, основанных на их методологической базе, позволяют использовать интегративную модель, названную нами ТАСТ (транзактно - аналитическая семейная терапия) практически во всех возрастных и социальных группах, в работе с семьей и ее членами, в индивидуальном консультировании и в групповой работе.

На наш взгляд, ТАСТ – это универсальный, удобный, богатый инструментально-методологический интегративный подход, обеспечивающий высокоэффективную психотерапию для клиента и удобство использования для психолога.

Основными отличительными особенностями модели ТАСТ являются:

1. Описание психического органа «Ребенок» (Дитя) как 4-х компонентной археопсихической структуры, содержащей основные эмоциональные паттерны жизненного сценария. Эта детально проработанная модель позволяет легко определить ведущие субличностные образования, вносящие искажения в жизнедеятельность личности и в процесс ее общения с членами семьи и социумом. Знакомство клиента с данными субличностными структурами в ходе терапии способствует наступлению быстрой гармонизации глубинных структур психики, появлению новых, адекватных реакций на стимулы окружающего мира, способствует угасанию неадекватных, сценарных реакций, приводящих к конфликтам и напряженности. Особенно выраженный позитивный эффект при использовании данной модели достигается в супружеской терапии, когда пара, пришедшая на прием, заинтересована в налаживании отношений.
2. Описание взаимодействия психического органа «Родитель» (его компонентная структура определяется с помощью анализа семейной истории клиента) и 4-х компонентного органа «Дитя» на основе сценарной матрицы, что приводит к быстрому и эффективному преобразованию убеждений и ценностей, не соответствующих актуальной фазе психического развития клиента и сдерживающих личностный рост.
3. Ролевой анализ жизненного сценария на основе индивидуального сценарного произведения (сказки, книги, фильма) с использованием значимой психологической информации, полученной при реализации пп. 1 и 2.
4. Исследование дополняющих сценарных линий в супружеской паре, семейной группе, в социальной группе с определением сценарных ролевых фиксаций, создающих общий неблагоприятный психологический сценарий жизни.
5. Поиск и использование новых сценарных ролей, ведущих к изменению негативного типа жизненного сценария на позитивный.
6. Закрепление новых сценарных ролей с помощью техник ТА, НЛП и гештальт-терапии.
7. Создание «открытой», внесценарной, роли «Взрослого» - «внутреннего аналитика» или «сценариста», которая позволяет человеку эффективно управлять собственной жизнью с помощью достижения нового уровня понимания и прочувствования механистичности работы сценарного аппарата и умения своевременно выходить из автоматических сценарных паттернов взаимодействия, создавая новые спонтанные эффективные модели общения.

Использование принципов системного подхода, работа с семьей в полном составе, с подсистемами, с членами семьи требует от психолога умения свободно ориентироваться в теоретических основах данного направления и обладать достаточным личным и профессиональным опытом. Как показал опыт подготовки и дальнейшей профессиональной супервизии специалистов, прошедших семинары и тренинги, теоретический и практический материал ТАСТ усваивается эффективно и служит надежным инструментом при работе с семьей и ее членами.

В результате использования ТАСТ достигается новый этап личностного роста членов семьи, что приводит к изменениям в системных семейных процессах и способствует успешному переходу на тот этап жизненного цикла семьи, которому она хотела бы соответствовать. В большинстве случаев наблюдается полное и устойчивое исчезновение симптома, с которым семья обратилась к психологу.

В современной теоретической и практической психологии, благодаря влиянию философии постмодернизма и технических научных подходов, устойчиво закрепилось понятие «объяснительной модели». Объяснительная модель – сочетание знаний, навыков, представлений, убеждений, которым человек пользуется в своей ежедневной практической деятельности. В теории НЛП, например,

объяснительная модель человека именуется «картой местности». Считается, что совпадение объяснительной модели (карты) личности с набором социальных объяснительных моделей, разделяемых обществом (территорией), является залогом успешного функционирования личности в социуме.

Однако можно предположить, что существуют объяснительные модели более высокого порядка – философские, религиозные, эзотерические, которые могут быть согласованы, а могут вступать в противоречие с нормами конкретного социума в конкретном историческом периоде. Это означает, что любые объяснительные модели так или иначе ограничены и их полезность и эффективность определяются успешностью практического применения в данное время и в данном месте. С течением времени эффективность объяснительной модели может снижаться, и ей на смену приходят новые, чаще всего интегративные модели, акцентирующие внимание на иных значимых параметрах, соответствующих современному этапу развития общества.

Ставшие классическими объяснительные модели, такие как ТА, например, не утрачивают своего значения, обеспечивая преемственность научных парадигм в теории и практике, и обретают новое дыхание в сочетании с более современными подходами.

Предлагаемая специалистам и клиентам объяснительная модель ТАСТ позволяет эффективно, с использованием принципов гуманистической психологии и понятий современной науки теоретически описать сложные психические процессы в семье и найти практические терапевтические решения для каждой конкретной семьи и ее членов.

Когнитивные схемы и центральные убеждения у военнослужащих – участников боевых действий

Т. П. Челнокова

(Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия)

Проблема медико-социально-психологической реабилитации участников боевых действий, к сожалению, продолжает быть актуальной. Боевой опыт у значительного числа военнослужащих вызывает развитие состояния психической дезадаптации, приводит к социально-психологическим нарушениям, неблагоприятным изменениям личности. Люди с таким опытом входят в группу риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В нашей стране проблема развития ПТСР активно изучается в Институте психологии РАН коллективом лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии (под руководством Н. В. Тарабриной).

К сожалению, реабилитация по возвращении военнослужащих из боевых командировок зачастую включает в себя только программу восстановления физических сил, а методы психологической профилактики и психокоррекции не используются.

Недостаточно изученными остаются последствия боевого опыта для системы отношений личности, в частности его влияние на базовые когнитивные установки, когнитивные схемы. Когнитивные схемы занимают особое положение в понимании и лечении различных психических расстройств. Говоря о соотношении понятий когнитивной схемы и убеждений (по А. Беку), можно утверждать, что если схемы представляют собой когнитивную структуру, форму организации переживаемого опыта и механизм концептуализации ситуаций, то убеждения являются содержанием схем. Понятия когнитивных схем и убеждений являются основными в когнитивно-поведенческой терапии.

Данная работа представляет собой попытку построения когнитивной модели, характерной для лиц с боевым опытом.

Цель исследования: изучение особенностей когнитивных схем и центральных убеждений у участников боевых действиях, построение когнитивной модели.

Материалы и методы. Была обследована группа военнослужащих, сотрудников МВД по Алтайскому краю, прибывших из командировки по поддержанию порядка в Российской Федерации (51 человек).

Использовались «Опросник убеждений личности» А. Бека; «Опросник ранних неадаптивных схем» Д. Янга. «Опросник убеждений личности» (Personality Belief Questionnaire; Beck & J. Beck, 1995) используется для выявления базовых убеждений, характерных для расстройств личности. Шкалы представляют собой набор убеждений, свойственных для расстройств личности согласно DSM-IV, и носят названия соответственно каждому расстройству. Но так как мы не можем говорить о расстройствах личности, опираясь только на этот опросник, то в данной работе будем рассматривать эти шкалы как отражающие особенности поведения (например, «обсессивно-компульсивное поведение»).

Концепт ранних неадаптивных схем является краеугольным камнем схема-фокусированной когнитивной терапии Д. Янга. «Опросник схем» Янга направлен на диагностику ранних неадаптивных схем, связанных с чрезвычайно стабильными и длительно существующими темами, которые появляются в детстве и разрабатываются на протяжении всей жизни индивида, являясь крайне дисфункциональными (Young, 1999). Янгу удалось выделить 18 ранних неадаптивных схем в пяти гипотетических областях. Шкалы названы соответственно схемам: «Эмоциональная депривация», «Заброшенность / нестабильность»,

«Недоверие / жестокое обращение», «Социальная изоляция / отчуждение», «Ущербность / стыд», «Несостоятельность», «Зависимость / некомпетентность», «Повышенная восприимчивость к ущербу или болезни», «Чрезмерная близость / отсутствие самодостаточности», «Подчинение», «Жертвенность», «Подавление эмоций», «Жесткие стандарты / чрезмерная критичность», «Избранность / превосходство», «Недостаточный самоконтроль /самодисциплина», «Потребность в одобрении, признании», «Негативизм / пессимизм», «Пунитивность» (Barlow, 2008).

Для последующего анализа полученных результатов испытуемые посредством кластерного анализа были разделены на 4 кластера. В третий кластер вошли люди с низкими результатами по всем шкалам, поэтому в дальнейшем обсуждении мы не будем его затрагивать.

Результаты

Приведены наиболее характерные когниции для каждого кластера. Когнитивные схемы изложены по порядку убывания их выраженности, центральные убеждения также представлены в иерархии, соответственно каждой схеме.

Первый кластер.

Необходимо заметить, что схемы и убеждения в данном кластере получили наименьшую выраженность по сравнению с двумя другими кластерами, а точнее, были оценены как наименее характерные.

Обсессивно-компульсивное поведение: «Работа во всем должна быть выполнена идеально – это очень важно», «Детали крайне важны».

Зависимое поведение: «Мой помощник может воспитывать меня, поддерживать, доверять мне – если он или она этого хочет», «Я не должен делать ни чего, что обидит человека, который меня поддерживает или помогает мне», «Самое худшее, что может быть, – остаться брошенным».

Жесткие стандарты/чрезмерная критичность: «Если я ошибаюсь, то заслуживаю строгой критики», «Я должен так многого достигнуть, поэтому у меня почти нет времени по-настоящему расслабиться», «Я стремлюсь, чтобы почти все было сделано безукоризненно».

Жертвенность: «Я даю людям больше, чем получаю от них», «На работе я обычно тот, кто добровольно берет за дополнительные задачи или работает сверхурочно», «Я все могу вынести, если кого-то люблю».

Пассивно-агрессивное поведение: «Другие люди часто чересчур требовательны».

Избранность/превосходство: «Терпеть не могу, когда указывают, что мне надо или не надо делать».

Потребность в одобрении, признании: «Мое самоуважение во многом зависит от того, как другие люди оценивают меня», «Мои достижения являются более ценными для меня, если другие люди замечают их».

Нарциссическое поведение: «Очень важно получить признание, похвалу и вызвать восторг», «Если я не буду заинтересовывать других, то не буду им нравиться».

Пунитивность: «В основном я не принимаю оправданий других людей; они просто не хотят брать ответственность на себя и расплачиваться за последствия», «Неважно, почему я ошибся; если я сделал что-то не так, я должен заплатить за это», «Другие люди незаслуженно получают восхищение и богатство».

Параноидное поведение: «Люди часто говорят одно, а думают другое».

Избегающее поведение: «Мне тяжело терпеть неприятные чувства».

В первый кластер вошли 22 человека.

Как видно из получившейся когнитивной модели, данная группа людей отличается социально желательным поведением. Их стратегия – не выделяться. Они стараются избегать «острых углов», легко идут на примирение, компромисс, но чаще уступают. Не показывают своего несогласия или недовольства. Представление о себе как о человеке, который не в силах что-либо изменить или предложить. Представители этой группы – одни из самых исполнительных, и у командования редко бывают проблемы с ними.

Второй кластер (8 человек).

Обсессивно-компульсивное поведение: «Детали крайне важны», «Работа во всем должна быть выполнена идеально – это очень важно», «Я должен полагаться на себя, чтобы убедиться, что все будет выполнено».

Зависимое поведение: «Я должен все время поддерживать доступ к тому кто помогает мне», «Я не должен делать ни чего, что обидит человека, который меня поддерживает или помогает мне».

Жесткие стандарты/чрезмерная критичность: «Я стремлюсь, чтобы почти все было сделано безукоризненно», «Я должен так многого достигнуть, поэтому у меня почти нет времени по-настоящему расслабиться».

Избранность/превосходство: «Мне очень трудно смириться, если мне говорят «нет» когда я хочу чего-то от других людей», «Терпеть не могу, когда мне препятствуют в выполнении того, чего я хочу».

Пассивно-агрессивное поведение: «Мне нравится привязываться к людям, но я не желаю, чтобы при этом мной управляли».

Нарциссическое поведение: «Меня ждет великое будущее – на это у меня есть все основания», «Невыносимо, если ко мне не проявляют должного уважения или я не получаю того, на что имею право».

Гистрионное поведение: «Скука для меня неприемлема», «Если я не буду заинтересовывать других, то не буду им нравиться», «Я интересная, привлекательная личность».

Пунитивность: «В основном я не принимаю оправданий других людей; они просто не хотят брать ответственность на себя и расплачиваться за последствия».

Параноидное поведение: «Люди часто говорят одно, а думают другое», «В основном я не принимаю оправданий других людей; они просто не хотят брать ответственность на себя и расплачиваться за последствия».

Следует отметить, что это единственная группа, где было выделено убеждение «Я предпринимаю серьезные меры предосторожности, чтобы избежать болезни или травм», которое относится к схеме «Повышенная восприимчивость к ущербу и болезни». Обращает на себя внимание и то, что данная группа людей выделяется стремлением к автономии, особенному положению среди других. Характерно негативное отношение к вышестоящим людям, которое проявляется во внутреннем несогласии при внешней уступчивости.

Четвертый кластер (13 человек)

Жесткие стандарты/чрезмерная критичность: «Почти все, что я делаю, недостаточно хорошо, я всегда могу сделать еще лучше», «Если я ошибаюсь, то заслуживаю строгой критики».

Обсессивно-компульсивное поведение: «Детали крайне важны», «Мне необходим порядок, системы и правила, чтобы выполнить работу как следует».

Жертвенность: «Я все могу вынести, если кого-то люблю».

Зависимое поведение: «Самое худшее, что может быть, – остаться брошенным».

Пунитивность: «Я часто думаю об ошибках, которые я совершил и злюсь на самого себя», «Неважно, почему я ошибся; если я сделал что-то не так, я должен заплатить за это».

Подавление эмоций: «Во мне накапливается гнев и негодование, которые я не выражаю».

Заброшенность/нестабильность: «У меня нет ощущения, что важные для меня отношения продолжатся», «Я ожидаю, что они закончатся».

Несостоятельность: «В работе (или учебе) я не так талантлив, как большинство людей», «Я не так умен, как большинство других людей, когда дело касается работы (или учебы)», «Я часто испытываю неловкость, находясь в кругу людей, потому что я не дотягиваюсь до них по своим достижениям».

Антисоциальное поведение: «Если люди не могут о себе позаботиться, то это их проблемы».

Избегающее расстройство: «Лучше ни чего не делать, чем пытаться делать то, что может не удалиться», «Любые признаки напряженности в отношениях указывают, что отношения портятся, поэтому, я должен прекратить их».

В данной группе прослеживаются нарушения в эмоциональной сфере. Такие люди действуют на пределе своих возможностей, не давая себе достаточной разрядки. Ставя для себя цель, они склонны завышать планку, но нередко не достигают желаемого результата, что в свою очередь ведет к неудовлетворенности собой. Представление о себе – как о недостаточно компетентном. Представители этой группы берутся выполнять задания высокой сложности, не склонны показывать усталость. Вызывают уважение у коллег, командования. Часто получают различные поощрения, награды.

Итак, мы видим, что среди обследованных военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, выделяются три группы, отличающиеся друг от друга спецификой когнитивных схем и убеждений. Для каждой из них необходима своя медико-психологическая реабилитационная программа, позволяющая затронуть все выделенные мишени и провести максимально эффективную терапию. Полученные результаты также могут быть использованы и для разработки профилактической программы, которая позволит спрогнозировать формирование и активацию некоторых неадаптивных схем и центральных убеждений. Это, в свою очередь, может послужить гарантией более эффективной службы за счет сохранения психического равновесия у служащих, командированных в горячие точки.

Особенности социальной идентичности женщин, страдающих алкоголизмом, с позиции субъектности

А.В. Чернышева

(Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия)

В современном российском обществе наряду с общим ростом алкоголизации населения и увеличением заболеваемости алкоголизмом отмечается отчетливая тенденция к росту удельного веса женского алкоголизма по отношению к мужскому. Проблема женского алкоголизма представляется актуальной и в то же время недостаточно изученной, так как длительное время исследовались преимущественно ее медико-биологические аспекты и недостаточное внимание уделялось психологической составляющей. При женском алкоголизме чаще выявляется феномен «стигматизации», что существенно влияет на клинику заболевания. С давних времен в народе сохранилось мнение: если женщина пьет – это позор. Из-за негативного общественного мнения в отношении пьющих женщин у последних появляются

чувства вины и стыда, низкая самооценка, скрытое употребление алкоголя, склонность к одиночному пьянству и, как следствие, поздняя обращаемость за помощью в лечебные наркологические учреждения.

У женщин заболевание имеет скрытое течение, оно развивается постепенно, незаметно нарастают отдельные признаки и симптомы, которые некоторое время не привлекают внимание окружающих. Возникает отчетливая психологическая (психическая) зависимость от алкоголя. С прогрессированием зависимости скрытая симптоматика становится явной, заметной для окружающих. Как правило, этому предшествуют серьезные события в жизни женщины, такие как смерть мужа и близких, одиночество, развод, материальные и моральные потери. После подобных психических травм алкоголизация заметно интенсифицируется, отчетливее проявляются ее последствия, быстрее происходит дезадаптация. Физически некомфортное состояние (абстиненция) является одним из главных факторов обращения за помощью в лечебные учреждения наркологического профиля.

Рассматривая алкоголизм в качестве заболевания, а не вредной привычки, с которой можно справиться с помощью силы воли, многие авторы отмечают наследственную предрасположенность, наличие не одной, а множества вызывающих заболевание причин. Так, С.В. Дворяк (2007) отмечает, что «алкоголизм – это не только сам алкоголь, но и реакция на него данного организма, которая всегда индивидуальна. Алкоголик..., даже если он воздерживается достаточно долгое время, остается алкоголиком, что выражается в его синдроме алкогольной зависимости и приведет к немедленному срыву, как только он расслабится снова». Термин «алкоголизм» имеет два основных смысла: это и болезнь индивида, связанная с его личными особенностями, и социальная патология, связанная с развитием общества в целом.

В формировании «алкогольной личности» основное значение имеют следующие факторы:

- а) преморбидные особенности;
- б) неспособность человека адаптироваться к требованиям общества и неумение использовать приемлемые формы и способы снятия напряжения;
- в) отрицательные факторы социальной среды.

Основными характеристиками больных алкоголизмом являются: слабый уровень развития внутреннего самоконтроля, чувствительность к любой внутренней и внешней стимуляции, низкие адаптационные способности, перемены настроения в течение дня без видимых причин, неадекватная самооценка, завышенный уровень притязаний, неумение перестроить свою деятельность в соответствии с изменившимися обстоятельствами, согласовать притязания с возможностями.

Ряд авторов указывает на важную роль нарушения идентичности в формировании предрасположенности к алкогольной зависимости; нарушение идентичности также является неизбежным следствием алкоголизации.

По мнению Э. Эриксона, важной функцией идентичности выступает адаптация (приспособление к новым социальным условиям). Субъекту для успешной ориентировки в социальной реальности, особенно в ситуации ее изменения, необходимо постоянно сопоставлять качества, которыми он обладает, с требованиями новой группы.

Благодаря идентичности индивид способен найти собственную социальную нишу, осознать себя частью целого, сохранить самоуважение и самопринятие, обрести стабильность в нестабильном мире, так как существовать без ценностного фундамента человеку крайне сложно. Наличие идентичности предполагает устойчивость, стабильность самовосприятия индивида и его уверенность в том, что другие воспринимают его таким, какой он есть. Социальная идентичность определяется принадлежностью человека к различным социальным категориям и вытекает из восприятия себя как члена определенных социальных групп.

По мнению Дж. Г. Мида, идентичность возникает только при условии включенности индивида в социальную группу, в общении с членами этой группы и развивается посредством «принятия на себя роли другого» или «принятия отношения других к себе самому». Если социальная группа, к которой принадлежит индивид, оценивается обществом положительно, он имеет позитивную социальную идентичность; если же она оценивается обществом отрицательно – индивид будет иметь негативную социальную идентичность и будет пытаться либо покинуть эту группу, либо сделать ее оцениваемой более позитивно. В этом плане способность человека быть активным деятелем своей жизни определяет его субъектность.

Под субъектностью мы понимаем отношение человека к себе как к деятелю. Она оказывается существенной характеристикой при изучении социальной идентичности женщин, страдающих алкогольной зависимостью, так как болезнь составляет основу всей жизни. В субъектности содержится источник активности человека – доверие к себе. Т.П. Скрипкина (2000) предполагает, что доверие к себе есть экзистенциальный феномен субъектности, который реально существует во внутреннем мире личности. Доверие к себе и к миру является феноменом, позволяющим гармонизировать отношения человека и с миром, и с самим собой. Когда человек доверяет себе и окружающим, он способен открыто общаться с окружающими, строить свои отношения с миром, ценить и уважать себя и других, принимать решения с учетом мнения окружающих. При неудовлетворении потребности доверия к миру система перестраивается посредством увеличения доверия к себе, выражающемся в отгороженности, уходе в собственный мир. Отношения окружающих воспринимаются как негативные, враждебные, агрессивные, возникает подозрительность и нетерпимость.

Недоверие к миру, выступающее в качестве признака кризиса идентичности, с одной стороны, может подтолкнуть к поиску косвенных путей удовлетворения потребности в общении и безопасности посредством ухода в алкогольную зависимость, а с другой – провоцирует выбор в качестве единственного способа самоутверждения различные формы саморазрушительного поведения.

Таким образом, в своей работе мы предполагаем, что к особенностям социальной идентичности женщин, больных алкоголизмом, относятся следующие.

1. Недоверие к миру и к самой себе, проявляющееся в трудностях социальных контактов, чувстве тревоги, страха, изоляции, опустошенности, неспособности приспособиться к окружающим условиям, постоянном ожидании отрицательного исхода любой деятельности, пессимистической оценке своих возможностей, привычной пассивно-выжидательной позиции.
2. Интолерантность по отношению к мнению окружающих, нетерпимость к чужим взглядам, не согласующимися с собственными. Мы предполагаем взаимную связь толерантности и доверия: при отсутствии доверия к окружающим человек не может быть толерантным к мнению других, и в то же время толерантность создает условие для развития доверия к миру и к самому себе.
3. Посредством рефлексии общественного мнения создаются предпосылки формирования негативной социальной идентичности, выражающейся в потере целостности Я-образа, обособлении, нетерпимости к другим, сопротивлении общественным требованиям, страхе и ожидании негативной оценки, неприятии себя, неспособности к поступкам, приносящим самоуважение, переживании бессмысленности себя и своей жизни.
4. Дезинтегрированность и разбалансированность системы, которые проявляются в неустойчивости, снижении уровней самоуважения и принятия себя, неопределенности и неупорядоченности собственного Я, склонности к переживанию чувства вины и стыда, а также потери ценностных смыслов.

РАЗДЕЛ 3.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ОБУЧЕНИЕ

Супервизия в практике последипломной подготовки клинического психолога, психотерапевта и психиатра

Н. В. Александрова, М. Ю. Городнова

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

По определению Хесса (Hess, 1980), супервизия – «насыщенное межличностное взаимодействие, основная цель которого заключается в том, чтобы один человек, супервизор, встретился с другим, супервизируемым, и попытался сделать последнего более эффективным в помощи людям». Первичная цель супервизии – защитить интересы клиента пациента, чему будет способствовать развитие психотерапевтических навыков и расширение понимания собственных возможностей у супервизируемого. Таким образом, во всем мире супервизия является обязательной составляющей подготовки и повышения профессиональной компетентности специалиста помогающей профессии.

Существующая система подготовки врачей-психотерапевтов, психиатров и медицинских психологов в России предусматривает включение супервизии при обучении, однако в очень незначительном объеме. Так, в типовой программе дополнительного профессионального образования врачей по специальности «психотерапия», утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития РФ в 2005 году, из 576 часов на супервизию всего отводится 10 часов практических занятий, а в программе обучения клинических психологов из 1616 часов – 30 часов.

Проведенный на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии анализ 100 анкет слушателей, проходивших в 2009 году обучение на циклах профпереподготовки, общего и тематического усовершенствования, позволил установить следующее: наибольшую востребованность в супервизии проявили врачи-психотерапевты 48,6%, при этом средний стаж работы по специальности составил 10,8 лет, психиатры указали необходимость в супервизии в 22,6% случаев при среднем стаже работы по специальности 4,6 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что медицинские психологи лишь в 22,2 % указали необходимость супервизии при среднем стаже 3,8 года.

Одна из задач профессиональной супервизии – сделать последнюю неотъемлемой частью профессиональной деятельности и роста специалиста. Доказанным является факт значимости супервизии в профилактике синдрома «эмоционального сгорания», распространенного среди специалистов помогающих профессий. Так, по данным исследований проведенных на нашей кафедре, этот синдром в той или иной степени выраженности присутствует более чем у 85% слушателей, обучавшихся на циклах в 2009 г.

При анализе 183 результатов, полученных с помощью опросников «Лист участника группы супервизии», заполненных психотерапевтами, психиатрами, медицинскими психологами и другими специалистами (педагог-психолог, практический психолог, социальный работник) установлено: впервые участвовали в работе группы 25,5% психотерапевтов, 56,9 % психиатров, 36,8% медицинских психологов и 72,7% других специалистов. При этом средний стаж работы по специальности составил 10,2 года, 12,4 года, 4 года и 6,4 года соответственно. Опыт повторной работы в супервизионной группе имели психотерапевты со средним стажем 10,5 года, психиатры - 4,8 года, медицинские психологи – 4,1 года, иные – 5,3 года. Таким образом, чем больший стаж профессиональной деятельности имеют врачи психиатры, тем реже у них опыт супервизии, более молодые специалисты активнее используют эту форму обучения и повышения квалификации. Для врачей психиатров, имеющих стаж работы более 10 лет, супервизия является новым методом повышения эффективности в работе.

Опыт личной супервизии имели 37,3% врачей-психотерапевтов, 9,8% психиатров, 9,1% иных специалистов. Медицинские психологи не имели опыта личной супервизии. Обращает на себя внимание средний профессиональный стаж и среднее количество сеансов супервизии: так, при стаже 10,7 лет врач-психотерапевт имел 6,4 сеанса супервизии, психиатр при стаже 2,9 лет 9 раз представлял свой случай. Этот факт объясняется следующим образом. Среди врачей-психиатров, заинтересованных в приобретении специальности «психотерапия», преобладали обучающиеся гештальт-терапии, овладение которой предполагает обязательное участие в супервизии. Врачи-психотерапевты, имеющие опыт личной супервизии, также часто были представителями отдельных психотерапевтических методов, таких как символдрама, групп-анализ, психоанализ, гештальт-терапия, арт-терапия.

Возникает вопрос, что препятствует использованию и распространению в России такого признанного в мире метода обучения и повышения квалификации, как супервизия?

Во-первых, к сожалению, до настоящего времени представления специалистов о супервизии часто ассоциируются с критикой, сравнением, оценкой, выявлением «ошибок», что, естественно, вызывает страх и активизирует «нарциссическую уязвимость».

Во-вторых, специалисты могут находиться в условиях изоляции от профессионального сообщества, что лишает их возможности представлять свои случаи для обсуждения.

В-третьих, в России до сих пор отсутствует сформированный институт супервизии: нет программ обучения супервизоров и их сертификации. А самое главное, отсутствует как таковая система супервизорства в здравоохранении и образовании, которая является необходимым и достаточным условием обучения профессии, повышения эффективности в профессиональной деятельности, личностного роста и сохранения психического здоровья специалистов помогающих профессий.

Исследования, проведенные на кафедре, показали, как специалисты определяют для себя цели и формы супервизии.

Для психиатра супервизия прежде всего – это клинический разбор пациента с участием коллег и экспертов, при этом имеет место непосредственный осмотр пациента. Поэтому цель супервизии для психиатра во многом связана с оценкой его работы, знаний и его профессионального уровня.

Для психотерапевтов и медицинских психологов, которые обучались отдельному методу психотерапии, целью супервизии является осознание соответствия применяемой технологии конкретному методу и способу его проведения. Форма проведения супервизии не предусматривает личного участия клиента/пациента. На супервизию выносятся описание случая, стенограмма, видеозапись. При очной супервизии происходит проведение сеанса в присутствии супервизора, что часто используется при обучении конкретному методу психотерапии.

Внедряя супервизию в процесс обучения на кафедре, мы сталкиваемся с рядом факторов, которые обуславливают особенности технологии проводимой нами супервизии. Среди слушателей мы встречаемся одновременно со специалистами разных психотерапевтических школ, разного уровня подготовки и опыта, кроме того, в одной группе могут быть специалисты разного профиля (от психиатра до специалиста по социальной работе).

Именно поэтому цель супервизии для психотерапевтов и медицинских психологов, проводимой на кафедре психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, мы видим в осознании супервизируемым не только технологии использованной психотерапии и лежащей в его основе теории личности, но и в осознании психотерапевтического процесса в целом.

Для психиатров цель супервизии – осознание целостности и многоступенчатости диагностического, дифференциально-диагностического, лечебного и профилактического процесса в заявленном случае.

Среди существующих основных трех форм проведения супервизии – (индивидуальная, групповая и супервизия в группе – мы выбрали последнюю. Выбор супервизии в группе на нашей кафедре обусловлен следующими причинами:

- 1) необходимостью включения всех обучающихся на цикле в активную работу по осознанию собственных профессиональных качеств и навыков, так как условия проведения циклов не позволяют создать для слушателей длительно существующую супервизионную группу, а также провести для всех обучающихся индивидуальную супервизию;
- 2) необходимостью сочетать процесс супервизии с обучением процессу психотерапии и возможностям его анализа;
- 3) необходимостью интенсификации проведения супервизии и учебного процесса в целом.

Продолжительность сеанса супервизии, принятая на кафедре, составляет 2 часа. Удлинение его считаем нецелесообразным, так как это приводит к утомляемости и истощаемости слушателей и снижает эффективность работы.

Разработанная нами технология проведения супервизии в группе включает в себя следующие этапы:

1 этап - присоединение к группе. Задачами данного этапа является создание общего эмпатического поля, обстановки доверия и мотивации на работу. Это достигается посредством общепринятых приемов активного слушания. Ведущими предлагается вводное сообщение о технологии проведения супервизии в группе. Данный этап завершается выбором супервизируемого из тех слушателей, которые предварительно активно заявили о желании пройти супервизию и заранее подготовили свои случаи. Следует отметить, что мы работаем с представлениями супервизируемого о своем случае, так как конкретных записей и стенограмм последние, как правило, не имеют. Представления специалистов, с нашей точки зрения, хотя и не являются детальным воспроизведением случая, однако в них отражаются и психотерапевтический процесс, и его срывы, связанные с проблематикой специалиста (переносы и контрпереносы, недостаток знаний или навыков, отсутствие соответствия теории и практики и т.п.).

2 этап – присоединение супервизора к супервизируемому. Это достигается посредством удобной рассадки, знакомства, выбора обращения, формулирования супервизируемым запроса на супервизию. Супервизируемый сообщает о своем случае, а супервизор уточняет в рамках какого метода, какой методики и какой технологии проводилась психотерапия в заявленном случае, количество сеансов, продолжительность каждого и всего процесса в целом.

3 этап – собственно супервизия. Цель данного этапа - анализ представлений супервизируемого о методе, методике, технологии и процессе психотерапии. Данная цель достигается посредством уточняющих вопросов, которые можно сгруппировать следующим образом:

- Вопросы, касающиеся теоретических представлений супервизируемого об использованном методе психотерапии;
- Вопросы, касающиеся процесса психотерапии (психотерапевтические гипотезы и мишени, этапах психотерапии, психотерапевтические интервенции, технологические приемы и т.д.)
- Вопросы, касающиеся переносов и противопереносов в процессе психотерапии и их влияния на него.
- Методические вопросы и прояснения, задачами которых является обучение слушателей психотерапии.

При проведении данного этапа обсуждение случая ведется между супервизором и супервизируемым. Остальные члены группы активно работают с разработанным на кафедре опросником «Лист участника группы супервизии», в котором они отражают переживаемые ими чувства, возникающие в ходе супервизии вопросы, комментарии. Они не принимают непосредственного участия в обсуждении случая, однако активно соприкасаются с собственными переживаниями, противопереносами, осознают свои профессиональные качества, знания и умения, осознают как осуществляют процесс психотерапии, с каким методом отождествляют свою работу, распознают собственные «слепые пятна».

4 этап – отсоединение супервизора от супервизируемого. Подведение итога супервизии.

5 этап – этап групповой рефлексии. Участники группы подытоживают проделанную ими работу с собственными чувствами и мыслями и делятся собственными представлениями о себе как о профессионале.

6 этап – отсоединение от группы. Участники оценивают необходимость супервизии для собственного профессионального роста.

Технология супервизии в группе для психиатров изоморфна вышеописанной. Анализу подвергается процесс диагностики, дифференциальной диагностики и лечения. На третьем этапе вопросы супервизора будут касаться теоретических представлений психиатра о симптомах, синдромах, нозологии, этиопатогенезе, дифференциально-диагностических критериев, критериев выбора терапии, фармакокинетики и фармакодинамики выбранных средств, профилактики и реабилитации.

Анализ 100 «Листов» участников группы показал, что все участники супервизии в группе отметили полезность работы, а 84% заявили о собственных планах на прохождение супервизии.

На основании приведенных данных и эмпирических наблюдений в собственной работе мы считаем, что предложенная нами технология супервизии в группе является эффективной не только для профессионального и последующего личностного роста специалистов, но и как способ профилактики синдрома эмоционального сгорания. Это с успехом может быть реализовано на циклах повышения квалификации в системе последипломного образования.

Основные принципы подготовки и усовершенствования врачей в области медицинской психодиагностики и психологической коррекции

Л. И. Вассерман

(Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева;
Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия)

В настоящее время связи с возрастающим признанием роли психосоциальных факторов в патогенезе и течении соматических заболеваний, диагностическом и лечебно-восстановительном процессах приобретает особое значение психологическая подготовка врачей, работающих в кардиологии, гастроэнтерологии и многих других областях клинической и профилактической медицины, условно относящихся к соматически ориентированной.

Все более востребованы программы тематических усовершенствований для подготовки врачей в области медицинской психодиагностики и психологической коррекции с тем, чтобы эти специалисты (врачи, работающие в соматологии), а также преподаватели соответствующих дисциплин могли использовать идеи и методы медицинской (клинической психологии) в своей практической работе, оставляя решения функциональных задач изучения соотношений соматического и психического специалистам – клиническим психологам с базовым университетским образованием. Проблема заключается в том, что таких специалистов – хорошо подготовленных клинических психологов – в наших соматических клиниках, а тем более в амбулаторной практике катастрофически не хватает, особенно за пределами столичных городов. Очевидно, что в такой огромной стране, как Россия, проблема обеспечения психологической службой соматическую медицину (хотя бы многопрофильные больницы) не может быть решена еще многие годы, несмотря на то что система подготовки кадров медицинских (клинических) психологов в последние годы существенно реформирована. Усовершенствуются государственные стандарты и квалификационные требования к специалистам – клиническим психологам, однако сертификация таких специалистов отсутствует прежде всего потому, что эта фактически признанная общемедицинская специальность не

входит в число медицинских специальностей по реестру Министерства здравоохранения. В то же время программы медико-психологической подготовки будущих врачей – студентов медицинских ВУЗов далеки от потребностей качественного образования в данной области, да и преподавание ведется по большей части врачами-психиатрами, не всегда прошедшими соответствующее усовершенствование.

Сказанное отражает весьма сложные, подчас противоречивые тенденции в развитии медицинской (клинической) психологии, включая вопрос обоснованности и целесообразности ее применения в медицине вообще и в соматической клинике в частности.

Подробно вопрос подготовки кадров медицинских психологов освещаются в книге «Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение» (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., изд-во «Академия», 2003). В этой книге также приводятся представления авторов об общем содержании квалификационных требований для возможной (а по сути – необходимой) сертификации специалистов – медицинских психологов. Она также содержит варианты тематических усовершенствования по медицинской (клинической) психологии, концептуальные разработки авторов по обязательному минимуму и содержанию подготовки студентов медицинских ВУЗов по этой дисциплине. В книге представлен проект программы, которая интегрирует наиболее существенные положения Государственной образовательной программы психологического образования, в частности по специальности 030302 «Клиническая психология», принятой в 2000 году.

По нашим представлениям, целенаправленная и предметная медико-психологическая подготовка будущих врачей различного профиля должна завершаться в интернатуре (еще не введенной по этой дисциплине, считающейся, к сожалению, факультативной), а по завершении образования – в последиplomной подготовке в соответствующих учреждениях. Понятно, что здесь речь идет о работе выпускника медицинского ВУЗа в качестве медицинского психолога в клинике (к чему следует стремиться, чтобы уменьшить кадровый дефицит в клинической практике).

Обоснованием такого усовершенствования врачей, работающих в различных областях медицины, в том числе и в соматологии, являются принципиальные задачи и профессиональные возможности психологически подготовленных врачей, ориентированных на личностный подход к больному человека в процессе реализации лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных программ. Психолог или психологически подготовленный врач (наиболее эффективным видится профессиональное взаимодействие этих специалистов) кроме непосредственно лечебной работы должен быть готов к психологическому консультированию на разных этапах взаимодействия с пациентом с целью преодоления негативных установок последнего в отношении здоровья, последствий фрустрирующего влияния болезни, формирования адекватного комплайенса. Это далеко не полный перечень тех оснований, которые необходимы сегодня для психологической подготовки врача, в особенности, работающего в соматической клинике. В такой подготовке видится возможность преодоления «вакуума» в общедоступной системе оказания квалифицированной психологической помощи больным и инвалидам, и тем самым противостояния так называемым «целителям» и «экстрасенсам». Все сказанное может быть весьма действенным только при условии высокого профессионализма врачей и всего лечебного персонала и неуклонного соблюдения этических принципов и деонтологических норм «врачевания».

Особенности эмпатических способностей у психологов, подвергшихся воздействию чрезвычайных ситуаций (на примере работы с группами психологов Чеченской республики)

М. Ю. Городнова, И. Л. Коломнец

(Санкт-Петербургская медицинская академия последиplomного образования
Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

В течение 2008-2009 гг. при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) на Северном Кавказе нами было проведено пять тренингов-семинаров по теме «Консультирование по травме» с двумя группами психологов Чеченской Республики (ЧР) в количестве 22 человека.

Все участники групп проживали на территории ЧР во время военных кампаний 1994-1996 и 1999-2001 гг. и были свидетелями трагических событий. Военные действия и их последствия на территории ЧР для мирного населения являлись чрезвычайными ситуациями. Возраст участников от 23 до 50 лет, что определило разное восприятие событий и их последствий. Психологи, обучающиеся в тренингах-семинарах, оказывают психологическую помощь детям и родителям ЧР, в полной мере пережившим события и последствия войны. Специалистами Российского благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН) при финансовой поддержке ЮНИСЕФ было проведено социально-психологическое обследование детей ЧР, получивших психологические травмы вследствие ведения военных действий. Исследование показало, что более 30% детского населения Республики имеют признаки посттравматического стрессового расстройства.

Эффективность оказания психологической помощи определяется профессиональными качествами специалистов помогающих профессий. Под профессиональными качествами мы подразумеваем умение пользоваться теоретическими знаниями, специальные навыки и умения, понимание своих свойств личности, индивидуальности и особенностей межличностного взаимодействия.

В эмпирических наблюдениях за участниками во время проведения тренинга-семинара нами было отмечено, что актуализация воспоминаний о войне, потерях и травмах часто ведет к изоляции эмоций и чувств. В другом случае, напротив, к неконтролируемой эмоциональной вовлеченности в проблему клиента и слияние с ней. Как изоляция, так и вовлеченность остаются на неосознаваемом уровне. Свидетельством этого может служить пример того, как при обсуждении темы «Агрессия» у ряда участников (4 из 10 человек) обострились соматические симптомы, это не позволило им обучаться в полном объеме в семинаре-тренинге. Обращает на себя внимание отсутствие понимания связи личного опыта и профессиональной эффективности у психологов программы. Участники говорили о возможности понимания клиента благодаря одинаковому опыту, игнорируя факт различий и индивидуальности. Часто упоминаемыми техниками психокоррекции и психологического консультирования являлись эмоциональная поддержка и выслушивание, что является необходимым, но недостаточным для помощи клиенту. Все это затрудняет эффективное оказание психологической помощи.

Основным профессиональным качеством психолога/психотерапевта любой школы является эмпатия. По определению К. Роджерса, «быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения «как будто»». Психоаналитик Р. Гринсон указал на то, что психолог/психотерапевт «становится неэмпатичным вследствие избытка, либо недостатка». Боязнь вовлеченности в чувства пациента приводит к подавлению эмпатии и установлению слишком большой дистанции между пациентом и психологом/психотерапевтом. Однако если эмпатия бесконтрольна, вовлеченность в чувства пациента становится слишком интенсивной, что приводит к нарушению идеальной дистанции и лишает специалиста объективности. Наши эмпирические наблюдения ярко продемонстрировали это положение.

Мы провели исследование уровня эмпатии и представленности «эмпатических каналов» у 22 участников программы с помощью методики В.В. Бойко. По гендерному составу женщины в группе составили 81,8%, мужчины соответственно 18,2%. Возраст участников от 23 до 50 лет, средний возраст – 35,3 года. Стаж работы по специальности от 2 месяцев до 13 лет, средний стаж составил 3,3 года. Состоят в браке – 41 % обследованных, незамужние – 32%, разведенные – 18%, вдовы – 9%. Не имеют детей – 59% респондентов. Средний уровень эмпатии составил – 16,4 баллов, что относится к пониженному уровню. Каналы эмпатии представлены следующими баллами при максимально возможном количестве баллов – 6.

1. Рациональный канал характеризует спонтанный интерес к другому, открывающий шлюзы эмоционального и интуитивного отражения партнера. Средний балл участников 2,1.
2. Эмоциональный канал эмпатии отражает способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими, сопереживать, соучаствовать. Средний балл участников – 2,5.
3. Интуитивный канал эмпатии свидетельствует о способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании. Средний балл – 2,2.
4. Установки, способствующие или препятствующие эмпатии, облегчают или затрудняют действие всех эмпатических каналов. Средний балл – 2,9.
5. Проникающая способность в эмпатии расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Средний балл – 3,2.
6. Канал идентификации – это умение понять другого на основе сопереживания, постановки себя на место партнера. Средний балл – 3,3.

Сравнение результатов с данными, полученными при аналогичном обследовании группы психологов, обучавшихся на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СПбМАПО (30 человек – группа 2), продемонстрировало следующее. Среднее значение уровня эмпатии составило 22,1 балла, что относится к среднему уровню и превышает средний показатель эмпатии психологов ЧР. Следует отметить, что по критериям стажа профессиональной деятельности, возрасту и гендерному составу обе группы идентичны. Обращает на себя внимание, что представленность эмпатических каналов значительно выше у психологов 2 группы. Такие каналы как рациональный, эмоциональный и интуитивный более активно используются в деятельности. В частности рациональный выражен более чем на 50 %, и среднее значение составляет 3,7 баллов. Это может косвенно подтверждать гипотезу о влиянии переживания чрезвычайных ситуаций на эмпатические способности психологов.

Опираясь на включенное наблюдение и клинико-психологическое исследование, авторами была разработана и проведена группа личностного роста для участников программы. В дальнейшем она стала составляющей частью программы «Консультирование по травме» для психологов ЧР. Данная группа преследовала цель сформировать понимание влияния личного опыта участников на профессиональные качества психолога. Группа личностного роста рассчитана на 24 часа, что обусловлено краткосрочностью программы. Модель группы основана на исследовании процесса психотерапии, который актуализирует эмоциональный опыт психологов, во многом определяющий течение и эффективность психотерапии. Разработанные авторами упражнения и ролевые игры позволяют установить связь между личным опытом и профессиональными действиями в конкретных ситуациях на разных этапах психотерапевтического процесса. Понимание этой связи уменьшает патогенное влияние пережитых чрезвычайных ситуаций на деятельность психологов, делает ее более эффективной.

Пережитые и остающиеся неосознаваемыми чрезвычайные ситуации оказывают значительное влияние на такое важное профессиональное качество психолога, как эмпатия. Понимание связи пережитого опыта и профессиональной эффективности, а также осознание и переработка опыта переживания чрезвычайных ситуаций содействует профессиональному и личностному росту.

Межотраслевой и общечеловеческий характер клинической психологии

В. А. Дереча

(Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия)

Общая характеристика любой образовательной специальности включает в себя прежде всего определение объекта ее изучения, фундаментальных основ образования, системы подготовки кадров, профессиональной ориентации и предмета профессиональной деятельности. В этом свете специальность 022700 «Клиническая психология», утвержденная приказом Минобразования РФ от 02.03.2000 г. №686, является психологической специальностью широкого профиля. Она **имеет межотраслевой характер и участвует в решении задач не только в здравоохранении, но и в образовании и в социальной помощи населению**. Более того, клиническая психология имеет глубокое общечеловеческое значение в плане выживания и сохранения человечества как вида живых существ, взявших на себя ответственность вообще за все живое на Земле.

Практическая работа клинического психолога в любой отрасли человеческой деятельности представляет собою конкретное системное функционирование, направленное на решение конкретных задач и на достижение конкретных целей, соответствующих конкретной отрасли деятельности. При этом, однако, клинический психолог в той или иной мере решает также задачи своей науки в масштабах всего общества и даже в масштабах всего человечества.

Одной из таких «глобальных» проблем, остро актуальных для общества в целом, является **проблема так называемого «человеческого фактора»**. Вопрос этот становится все более значимым в условиях усложнения жизни, интенсификации труда, обострения борьбы: у одних – за обогащение, а у других – за выживание. В этих условиях не по преднамеренному умыслу, а из-за эмоционального перенапряжения, плохого настроения, усталости, негативного или даже агрессивного настроения проявляется неполноценность в профессиональном и в личностном функционировании: несообразность в действиях, небрежность, неточность, недооценка и ошибки, из-за которых все чаще случаются различные аварии и катастрофы, в том числе с чрезвычайными тяжелыми последствиями.

Важно понимать, что «человеческий фактор» все острее проявляется не только в техногенных ситуациях. Не менее тяжелые последствия данного фактора встречаются в медицине (так называемые ошибки врачей), в педагогике (непедагогическое поведение учителей с причинением вреда обучающемуся), а также в социологии (ошибочные политические или иные социологические решения с тяжелыми последствиями для народа). Не менее значима роль данного фактора также в межличностных отношениях, в частности в семейных, производственных и так далее. В любом случае психологический феномен, именуемый «человеческим фактором», может быть понят и изучен прежде всего с позиций клинической психологии, потому что для его исследования нужны подходы патопсихологические, нейропсихологические, психосоматические и другие – именно клинико-психологические.

То же самое относится к **проблеме психической нормы и патологии, нормального и ненормального поведения, нормальной и патологической личности**. Общеизвестно, что особенно трудно разграничить психическую норму и патологию в области так называемой малой психиатрии, в аддиктологии, при определении девиантного поведения, а также в судебно-психологической и судебно-психиатрической практиках. Состояние личности при этом зависит не только от наличия или отсутствия клинических проявлений того или иного расстройства, оно зависит также от влияний факторов культуральных, социальных, экзистенциальных и др. Очевидно, что при этом только с использованием методов исследования клинической психологии можно доказать патологический характер ценностных ориентаций личности, патологическую иерархию ее потребностей, установок и мотивов поведения, патологичность личностных смыслов и субъективных отношений. Между тем данный аспект патопсихологии и психопатологии личности наименее изучен, поскольку и в психиатрии, и в клинической психологии к расстройствам личности относят в основном психопатии, являющиеся патологией сферы характера, а не собственно личности. Патология собственно личности изучена явно недостаточно.

Появление клинической психологии как образовательной специальности и как вида профессиональной деятельности существенно повлияло также на понимание **проблемы индивидуального и общественного психического здоровья**. Известно, что клиническая психология в России вначале решала преимущественно прикладные задачи, главным образом в психиатрии, наркологии, психотерапии, неврологии. Однако развитие социологии, социальной психиатрии, социальной и педагогической психологии привело к тому, что клиническая психология все более освобождается от крепких объятий медицинских «сестер».

Во-первых, расширяется сфера клинико-психологической деятельности за пределами психиатрии и психотерапии – в кардиологии, онкологии, в педиатрии, в женских консультациях, в травматологии и т.д.

Во-вторых, изучение клинической психологии оказывает существенное позитивное влияние на формирование «ума и сердца» не только врача, но и педагога и специалиста по социальной работе, которые овладевают принципами психогигиены и психоэкологии, научаются понимать психологию больных людей, а также психологию лечения и реабилитации, развивают в себе способности ассертивности, аффилиации, коммуникации.

В-третьих, клиническая психология все в большей мере сосредотачивается на изучении влияния на индивидуальное и общественное психическое здоровье поведенческих, социальных, культуральных факторов и факторов образа жизни.

В-четвертых, кристаллизуется содержание самого понятия психического здоровья, определяются объективные его признаки и критерии, разрабатываются подходы к оценке в психологическом здоровье статистической нормы или патологии, функциональной нормы или патологии, социальной нормы или патологии, а также подходы к пониманию сущности «идеального» психического здоровья, как индивидуального, так и общественного.

В тесной связи с изучением и формированием индивидуального и общественного психического здоровья находится **проблема развития гуманистических видов деятельности клинических психологов**. Это клинико-психологическая помощь детям и родителям, семейное консультирование, помощь инвалидам и участникам войн. В данном ряду находится также психолого-психотерапевтическая помощь при кризисных состояниях и в чрезвычайных ситуациях, участие клинических психологов в работе Центров здоровья, сеть которых в России интенсивно развивается. Вместе с тем еще недостаточно участие клинических психологов в консультировании учащейся молодежи, как в школах, так и в средних и высших учебных заведениях. Потребность же в таком виде помощи чрезвычайно высока, как и вообще потребность в сети кабинетов психологического консультирования и психокоррекции.

Совершенно очевидно, что клиническая психология не может находиться в стороне от решения **проблемы сохранения психического здоровья**, от решения задач психогигиены (совместно с гигиенистами), от формирования **экологического менталитета**, от развития экологической психологии и экологической психиатрии.

Представляется, что реальное воплощение данного направления клинической психологии должно начинаться педагогами в школах и других учебных заведениях, возможно, в виде электива или специального предмета о том, чем характеризуется психическое здоровье и как его уберечь и укрепить. В дальнейшем данный вопрос следует рассматривать с социологической точки зрения.

Современное развитие цивилизации находится под влиянием не только научно-технических факторов, но также все более пронизывается психологическими парадигмами. Одна из них заключается в том, что наше отношение к окружающей среде и поведение в среде обитания определяются нашим менталитетом – экологией разума отдельного человека, группы людей и партий, наций и государств, человеческого сообщества в целом. Совершенно очевидно в этой связи, почему академик В.И. Вернадский – автор целого направления в решении проблем окружающей среды – вышел на создание и разработку концепции ноосферы, которую он определил как «царство разума, духа и чести, долга и совести».

Известный актер Е.П. Леонов, отличающийся, как известно, мудростью, заметил однажды, что невозможно добиться бережного и экономного отношения к природе и природным богатствам, не заботясь о сохранении чистоты разума, ибо от его энергии зависят лес и вода, нефть, уголь и газ и многое другое.

Социальные психологи, физиологи и психолингвисты уже давно показали, что если у того или иного, например, политика отсутствуют в мышлении и лексиконе слова-понятия, нужные для объяснения и организации какого-то дела, то дело в таком случае не получается. Мышление – это не просто концепция, это также модель конечного результата, ибо каждая мысль рано или поздно превращается в действие. И чтобы конечный результат деяний человеческих не был бы катастрофическим для жизни на планете Земля, **важно с самого раннего детства формировать ментальную экологию**. Применительно к задачам сохранения окружающей среды и жизни в целом это значит, что следует **обучать культуре экзистенциального и экологического мышления**.

Клиническая психология и психиатрия – науки, призванные по своей сути понимать и решать многие социальные проблемы, прежде всего через объяснение мотивов поведения человека в норме и патологии. Поэтому специалисты психологического профиля сегодня не могут замыкаться в границах таких экологических проблем, как алкоголизация, наркотизация, курение, физические и психические дистрессы, опасность некоторых видов производства, угроза всевозможных факторов химического, радиационного, физического и инфекционного поражения. Экологическая грамотность и культура, чистота экзистенциального мышления, ментальная экология помогут создать ту мощную духовную, психологическую (и даже психосоматическую) защиту, которая мотивирует формирование индивидуального и коллективного экологического менталитета.

В свете названных, а также некоторых других межотраслевых и общечеловеческих направлений клинической психологии встает вопрос о том, **в ВУЗах какого профиля целесообразнее создавать факультеты клинической психологии**. Представляется, что решение данного вопроса не должно зависеть

от чьего-то субъективного мнения, а *определяться реальной потребностью клинических психологов в той или иной отрасли*: здравоохранении, образовании, социальной помощи населению.

Клиническая психология является психологической специальностью широкого профиля. Опыт показывает, что «широту» образования клинического психолога можно обеспечить в ВУЗе, относящемся к любой отрасли. Однако *для обеспечения отраслевой специализации студентов* факультета клинической психологии потребуется множество соответствующих баз, лабораторий, оснащений и соответствующих практикующих преподавателей. Поэтому абитуриентов, желающих учиться на факультете клинической психологии и трудиться в сфере здравоохранения, целесообразнее принимать на соответствующий факультет медицинского ВУЗа, а желающих трудиться в сфере образования – принимать на факультет клинической психологии классического или педагогического университета.

При создании факультета клинической психологии *важно учитывать также его общевузовскую уместность, адекватность и общевузовскую роль*. В Оренбургской государственной медицинской академии организовано додипломное и послевузовское образование по клинической психологии. Наш опыт показал, что созданный в 2002 году факультет клинической психологии не просто вписался в общую работу академии, а интегрировался с другими факультетами: лечебным, педиатрическим, медико-профилактическим, стоматологическим, сестринского дела и факультетом послевузовского и дополнительного образования. На каждом из них существенно повысилось качество преподавания психологических предметов, а у будущих выпускников ВУЗа существенно возрос интерес к психологическим основам врачебной деятельности. Не меньший интерес к психологии проявляют также повышающие квалификацию врачи, особенно участковые терапевты и педиатры, врачи общей практики и врачи скорой помощи, то есть специалисты первичного звена здравоохранения.

С другой стороны, востребованность специальности клинической психологии и студентами, и курсантами, и педагогами медицинского ВУЗа оказывает стимулирующее и формирующее воздействие на факультет клинической психологии, а его выпускники глубоко знакомы со спецификой медицинских учреждений и готовы в них работать. Выпускники нашего факультета работают в учреждениях самых различных ведомств, однако подавляющее их большинство избрало сферу здравоохранения, остро в них нуждающуюся. Аналогичным способом осуществляется подготовка клинических психологов в ВУЗах отраслей образования и социальной помощи – для устройства выпускников преимущественно в учреждения этих отраслей.

Клиническая психология как специальность и профессия в Соединенных Штатах Америки

Я. Лаврик

(The Psychology Research and Services Center, University of Houston, Houston, Texas, USA)

О системе высшего образования в США. В США не существует четкого определения такого образовательного учреждения, как «высшее учебное заведение», ВУЗ. Любое учебное заведение, осуществляющее обучение закончивших среднюю школу, так называемые «последние учебные заведения», куда входят и институты, и различные профессиональные училища, вправе именоваться «колледжем», «школой», «институтом» или даже «университетом».

Хотя статусы колледжа и университета не идентичны, в США они зачастую взаимозаменяемы. Колледжи, как правило, предлагают четырехгодичную программу обучения, итогом которой является присуждение степени бакалавра. Колледжи существуют или независимо, ограничиваясь реализацией программ начального высшего образования, или являются подразделениями университета, обучение в котором позволяет получить диплом и о начальном высшем, и о полном высшем образовании. В университетах особое внимание уделяется исследовательской работе, и они нередко включают в свой состав профессиональные школы (речь о них пойдет ниже), колледжи начального образования в области гуманитарных и точных наук и колледжи, дающие полное высшее образование.

В образовательной системе университетов США предполагается две ступени «последнего образования»: бакалавриат (undergraduate education) и магистратура/аспирантура (graduate education). **Степень бакалавра (bachelor's degree, лат. Artium Baccalaureus, A.B. или B.A.)** – это ученая степень, присваиваемая студентам по завершении первого этапа высшего образования, который называется **undergraduate**. Продолжительность обучения на степень бакалавра обычно составляет три-четыре года, в некоторых случаях – пять или шесть лет. Степень бакалавра может присваиваться и на более высоком уровне, называемом **postgraduate**.

Степень магистра (master's degree) – это ученая степень, которая присваивается студентам, завершившим второй этап высшего образования (postgraduate или graduate), продолжительность которого также варьирует от одного до трех лет. Степень магистра может присуждаться студенту, имеющему степень бакалавра. Для получения степени магистра помимо освоения программы специальных дисциплин необходим практический опыт в области прикладной психологии или написание диссертации на основе проведенного исследования. Целью поступления студентов на программы уровня graduate является

стремление повысить свою квалификацию и занять более высокую должность, а также подготовиться к дальнейшему обучению на более высокую степень.

В качестве альтернативы студент, в зависимости от своих интересов и профессиональных намерений, вправе после получения степени бакалавра пройти двухгодичную программу по подготовке практических психологов (Professional psychology). Этот уровень образования дает специалисту возможность и право работать в качестве исследователя или практического психолога: заниматься тестированием, исследовательской работой в лаборатории, консультированием пациентов, выполнять административную работу, преподавать в двухгодичном колледже или школе.

Учебный курс, предполагающий присуждение степени магистра, может быть либо полностью теоретическим, либо основанным на практических исследованиях, однако, чаще всего, он включает в себя и то и другое.

Последипломное образование: Graduate или Postgraduate. Последипломное образование психологов в США ведется в двух основных направлениях: исследовательское и практическое профессиональное.

Для этого, в структуре университета функционируют два типа учебных заведений, реализующих соответствующие образовательные программы.

- Исследовательские школы, подготавливающие специалистов для научно-исследовательской работы (научных работников) и проводящие фундаментальные научные исследования.
- Профессиональные школы.

Профессиональные школы предоставляют возможность получения магистерской или докторской степени в области практической психологии. Обучение студентов по таким программам в большей степени ориентировано на психологическую практику, направлено на освоение прикладных профессиональных знаний и умений в конкретной области профессиональной психологической работы. Профессиональные школы осуществляют подготовку докторов психологии (Psy.D.). Степень доктора психологии присуждается (в отличие от степени доктора философии — Ph.D.) за весомые практические достижения в сфере психологии.

В США психологи могут также получить степень доктора за значительный вклад в преподавание психологии. Степень доктора образования (Ed.D.) является профессиональной и присуждается психологу за разработку учебных программ и успешное их внедрение.

Докторская программа предполагает дополнительное обучение в течение 3-5 лет. Она включает изучение ряда дисциплин, непосредственно связанных с научно-исследовательской работой в области избранной психологической специализации, а также подготовку диссертации. Обязательными учебными дисциплинами являются:

- «Введение в планирование эксперимента»,
- «Исследовательский проект в психологии»,
- продвинутый курс по методам планирования психологических экспериментов,
- семинары по биопсихологии, проблемам обучения, когнитивным процессам, психологии личности, развития, социальной и организационной психологии, изучаемые обычно в первый год обучения;
- элективные учебные курсы вне области специализации (как правило, четыре курса, два из которых разрешается выбрать не на факультете психологии);
- исследовательская деятельность и написание диссертации.

Специалисты-психологи со степенью доктора (Ph.D.) считаются специалистами высшей профессиональной квалификации. Им предоставляется широкий выбор разнообразных видов деятельности: преподавание, консультирование, проведение исследований, написание или редактирование учебных пособий или научных трудов.

Практическое последипломное образование психологов – это программы, направленные на обучение конкретным профессиональным знаниям и умениям в какой-либо сфере практической психологии, которые психолог осваивает в течение нескольких лет в свободное от основной работы время. Такой дополнительной подготовки требует, например, работа в сфере клинической психологии. В США существуют специальные программы практической подготовки клинических психологов. По окончании этих курсов, которые могут проводиться в течение нескольких лет, психолог получает соответствующий сертификат, дающий ему право на работу в качестве клинического психолога.

Степень специалиста (Specialist degree) получают выпускники некоторых программ со специализацией в области образования или психологии. В иерархии ученых степеней степень специалиста находится между магистратурой (master's degree) и докторантурой (doctorate). Существует несколько основных разновидностей степени специалиста: специалист в области педагогики (Specialist of Education - Ed.S.), специалист по психологии детей школьного возраста (Specialist of School Psychology - SSP), а также специалист в области психологии (Specialist of Psychology - Psy.S.). Обучение, как правило, строится следующим образом: написание курсовой работы в течение года или двух, затем – практика, за которой следует год стажировки (internship). Иногда программы, ведущие к получению степени специалиста, предполагают сдачу экзаменов на получение степени магистра в процессе обучения. Если сравнивать программы Ed.S. с бакалаврскими (bachelor's degree), то семестр Ed.S. обычно включает на 60-70 академических часов больше. Для поступления на некоторые программы, ведущие к получению степени

специалиста, требуется опыт профессиональной деятельности и магистерская степень, однако это правило действует далеко не всегда. Серьезно изучая теорию воспитания и последние научные достижения педагогики, студенты программ Ed.S. редко проводят самостоятельные исследования, в отличие от слушателей программ Ed.D. (Doctor of Education – доктор педагогических наук) и Ph.D. (Doctor of Philosophy – доктор философии).

Две модели обучения. В профессиональной психологии сложились и существуют две модели обучения, получивших наименования по названиям городов в штате Colorado – Boulder и Vail, в которых по результатам проведенных национальных конференций и были приняты основные принципы моделей образования в психологии.

«Boulder-модель» предназначена для подготовки ученых, теоретиков, она дает возможность получения степени Ph.D., она считается более солидной, основательной и является более предпочитаемой учащимися.

«Vail-модель» в основном ориентирована на практику, клиническую практику. Обучение по ней предполагает присуждение степени Psy.D.

Каждый выбирающий модель профессионального образования преследует в первую очередь свои интересы, учитывает свои силы и возможности. Так, например, при ориентации на практическую работу или даже при желании сэкономить время, поступающие предпочитают обучение по Vail-модели. Желающие остаться в академической среде, заниматься исследовательскими проектами или преподавать выбирают Boulder-модель.

Однако получение специализации клинического психолога – это только важный этап длительного пути. Так, при желании заниматься психотерапией в классическом ее понимании, в качестве независимого практика, специалист должен получить соответствующую лицензию.

Лицензия. Обладатели докторской степени в клинической психологии обычно стремятся стать лицензированными психологами. Если образование было получено по аккредитованной и лицензионной программе, и, следовательно, получена солидная академическая подготовка, сдавать экзамен для получения лицензии проще. Получившие степень Master, как правило, могут получить лицензию, например, семейного терапевта. Возможно, это необычно для психологического образования, но статус профессионального психолога в Соединенных Штатах может получить лишь только тот, кто: а) имеет степень Ph.D или Psy.D; б) имеет лицензию (после прохождения лицензионного государственного экзамена).

Существуют, впрочем, возможности работать консультантом или психотерапевтом, не имея лицензии: например, консультанты по алкогольной и наркотической зависимостям. Многие из них могут иметь степень бакалавра. Консультант в этом случае – это название работы, вида деятельности, такие консультанты не занимаются частной практикой, а работают, например, в клиниках. В разных штатах действуют разные законы. Так, в некоторых штатах то же консультирование или психотерапия возможны и со степенью Master, без лицензии. Может случиться и так, что, получив образование в одном штате и переехав жить и работать в другой, психолог обнаружит, что полученного образования недостаточно для работы в определенной сфере деятельности.

Поле профессиональной деятельности клинического психолога. Как правило, клинический психолог профессионально специализируется на исследованиях (научная работа), преподавании, диагностике, консультировании, супервизии. В поле деятельности клинических психологов входит работа с психически больными, с пациентами с интеллектуальными расстройствами, с дефицитом (внимания и т.п), депрессивными и личностными расстройствами. Значительно реже – со здоровыми людьми, хотя они тоже могут быть в числе клиентов. 80% клиницистов занимаются психотерапией, 65-70% – преимущественно диагностикой, до 50% специалистов вовлечены в супервизию, преподавание и исследовательскую деятельность. Так же, как и у консультантов, большая часть рабочего времени клиницистов посвящена психотерапии. Сфера интересов клинического психолога также распределяется по видам занятости. Университетский профессор, например, может вести исследовательскую группу (научный проект), посвященную аспектам алкоголизма, работать с алкогольной зависимостью в семьях в рамках частной практики и преподавать курс по алкогольной зависимости (или по зависимостям).

Сходства и различия клинической психологии и консультирования. На втором месте по популярности и спросу психологических программ после клинической психологии стоит психологическое консультирование. Сравнивая клиническую психологию и консультирование, можно отметить сходство и с российскими программами подготовки специалистов. Обобщая, можно утверждать, что клинические психологи работают с более сложными пациентами. Часто специалисты этой области ведут частную практику. Около 20% клинических психологов работают в университетах или колледжах. Консультанты же ориентированы на более здоровый контингент и занимаются также, например, профориентацией; многие работают в общеобразовательных школах или двухгодичных колледжах. Консультанты более клиент-центрированы, применяют роджерсианский подход, клиницисты же в основном практикуют поведенческие подходы. Помимо указанных направлений в психологии существуют пограничные сферы деятельности. Например, клиническая социальная работа, школьная психология, юридическая и организационная психология и т.п.

Об учебной и профессиональной мотивации студентов. Поскольку именно с нее начинается весь образовательный маршрут, она же является источником выбора профессионального пути, нельзя не

упомануть о профессиональной мотивации студентов и абитуриентов. В университеты попадают те, кто еще со школьной скамьи имеет устойчивую мотивацию к получению качественного образования и профессиональному росту.

Процедура приема и отбора абитуриентов в учебные заведения в США зависит от их типа и престижности. Общими требованиями при поступлении на образовательные программы являются: представление документов об окончании полной средней школы; перечень изученных в школе предметов и полученных по ним оценок; общее количество баллов по тестам на способности и за знания, рекомендации – характеристики учителей школы и администрации, результаты собеседования при поступлении. Высокий средний балл в аттестате может играть решающую роль при поступлении. Еще до университета школьники пробуют публиковаться, писать статьи, вступают в профессиональные клубы. Так, например, при колледжах существуют психологические клубы для школьников и абитуриентов, которые содействуют написанию даже небольших пробных статей психологической направленности. Школьники имеют возможность посещать библиотеку университета.

При университетах существует система так называемых «лабораторных встреч», или «lab meeting». Каковы формы их работы? Профессора курируют студенческие диссертации или дипломные работы, при этом набирают группу из аспирантов, студентов и даже абитуриентов для участия в определенном проекте. Группа помогает собирать материал по теме, набирать контингент (контрольную группу для исследования, клиентов и т.п.), вводить и обрабатывать данные, проводить диагностические процедуры. Раз в неделю проходят лабораторные встречи, когда все участники (обычно 5-7 человек) собираются вместе и обсуждают результаты, процесс, успехи; выдвигаются идеи, обсуждается план дальнейших действий и так далее. Такие встречи длятся около часа-полтора. Основная же работа проходит в течение недели, индивидуально или в составе небольших групп. Заинтересованность участвующего в научной работе очевидна: кому-то нужен опыт, кто-то получает возможность познакомиться с профессором, с которым планирует работать в будущем, абитуриенты получают возможность ближе познакомиться с профессиональной сферой. Одним из мотивирующих факторов участия в такого рода исследованиях может стать возможность получить рекомендацию, и, следовательно, увеличить свои шансы на дальнейшее поступление в университет.

Медико-психологическая подготовка врачей общей практики в связи с задачами организации лечебно-психологической помощи женщинам, подвергавшимся насилию в семье

Н. В. Лохматкина, Э. Г. Эйдемиллер

(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Санкт-Петербург, Россия)

Актуальность. В настоящее время проблема насилия между супругами/партнерами, как одна из форм семейного насилия, рассматривается в психологии и медицине неоднозначно (ВОЗ, 2008). С одной стороны, продемонстрирована ее актуальность и междисциплинарный характер (Ениколопов С.Н., 2003; Сабиров Р.Б., 2005; Гарбер Ю.Г., 2008 и др.). С другой стороны, в клинической психологии семьи не существует единого видения данного феномена, не сложился полноценный терминологический и концептуальный аппарат (Орлов А.Б., 2000; Лысова А.В., 2001; Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., 2005 и др.). Медико-социальная значимость проблемы насилия между супругами/партнерами обусловлена ее высокой распространенностью, негативным влиянием на здоровье женщин, а также частым вовлечением детей как свидетелей или объектов жестокого обращения (Синельников А.С., 2001).

Исследования доказывают, что насилие между супругами/партнерами приводит не только к очевидным физическим травмам и смерти (Алексеева Л.С., 2000; Всемирный банк, 2006). Гораздо более значительным по масштабам и клинической значимости является его негативное влияние на психическое здоровье всех членов семьи (Ellsberg M. et al., 2008). Насилие со стороны супруга/партнера в анамнезе ассоциировано с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами у женщин (Golding J.M., 1999; Злобина О.Ю., 2004). Установлено, что женщины с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, в этиопатогенезе которых вероятна роль насилия со стороны супруга/партнера, редко самостоятельно обращаются за психологической помощью, но зато часто наблюдаются у врачей общей практики (Горшкова И.Д., Шурыгина И.И., 2003; Лохматкина Н.В. и соавт., 2007, 2008; Feder G. et al., 2009). При этом факты насилия женщины обычно скрывают, а врачи активно не выявляют (Писклакова М.П., Синельников А.С., 2004).

Согласно образовательному стандарту профессиональной подготовки, врачи общей практики должны знать проблематику семейного насилия и уметь оказывать лечебно-психологическую помощь всем членам такой дисфункциональной семьи (2005). В руководстве Н.Г. Незнанова и Б.Д. Карвасарского (2008) проработаны вопросы организации психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях общей врачебной практики. Однако в действительности эти требования не выполняются (Лохматкина Н.В., Эйдемиллер Э.Г., 2010).

Цель исследования – разработать профессиональную образовательную программу тематического усовершенствования по медицинской психологии с целью подготовки врачей общей практики к оказанию лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими

расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/интимного партнера.

Задачи

1. Изучить готовность женщин и медицинских работников к взаимодействию при оказании лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера.
2. Проанализировать существующие организационные формы психологической, психотерапевтической и социальной помощи женщинам, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера.
3. Создать дополнительную профессиональную образовательную программу тематического усовершенствования по медицинской психологии для врачей общей практики.
4. Разработать методические рекомендации «Опрос пациенток на предмет насилия со стороны интимного партнера и оказание пострадавшим помощи в учреждениях общей врачебной практики».

Клинико-психологический **метод исследования** включал:

- анкету «Вы и Ваш врач» (Richardson J. et al., 2002) для оценки готовности женщин к общению с медицинскими работниками на тему насилия между супругами/партнерами;
- анкету «Вы и Ваши пациентки» (Richardson J. et al., 2002) для оценки готовности врачей и медицинских сестер к оказанию лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера;
- учетную форму, разработанную нами, для внесения информации об организационных формах и методах психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях общей врачебной практики;
- учетную форму «Медико-психолого-социальная помощь женщинам, пострадавшим от насилия на гендерной почве» (Фонд народонаселения ООН, 2001) для внесения информации о формах и методах психологической и социальной помощи, предоставляемой учреждениями социальной защиты и общественными организациями женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Материалы исследования

С апреля по ноябрь 2007 г. было проведено одномоментное поперечное исследование.

На первом этапе от главного внештатного специалиста по общей врачебной практике Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга был получен список отделений общей врачебной практики, открытых в городе на 01.06.2006 (n = 46). Из этого списка простым случайным методом было отобрано 24 отделения. В выборку вошли отделения, которые являлись структурными подразделениями 21 муниципальной поликлиники. Они располагались в 12 из 16 административных районах города. В процессе беседы с главными врачами поликлиник была получена и занесена в учетную форму информация о наличии кабинета психотерапии, работающих в нем специалистах, методах оказываемой психологической и психотерапевтической помощи.

На втором этапе в отобранных отделениях с помощью анкеты «Вы и Ваш врач» было обследовано 1232 пациентки с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, обратившимися в плановом порядке за медицинской помощью (отклик 70 %). Средний возраст - 43 года (диапазон 16-70 лет, СКО = 15). Анкету «Вы и Ваши пациентки» заполнили 111 медицинских работников (отклик 57%). Среди них было 97 женщин и 14 мужчин, 68 врачей и 43 медсестры. Их средний возраст составил 41 год (диапазон 20-70 лет, СКО = 12).

На третьем этапе был проведен телефонный опрос руководителей учреждений социальной защиты и общественных организаций, предоставляющих услуги женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации (n = 10, приложение к Постановлению Правительства Санкт-Петербурга № 732 от 03.07.2007 «О плане развития системы учреждений социального обслуживания населения Санкт-Петербурга на территории районов на 2007-2010 гг.»). Полученная информация о видах, методах и условиях предоставляемой помощи была внесена в учетную форму «Медико-психолого-социальная помощь женщинам, пострадавшим от насилия на гендерной почве».

Полученные данные были подвергнуты статистико-математической обработке с применением пакетов прикладных программ Statistica и Stata.

Результаты

Результаты изучения готовности женщин и медицинских работников к взаимодействию при оказании лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера, подробно описано нами ранее (Лохматкина Н.В., Эйдемиллер Э.Г., 2010). Были получены преимущественно отрицательные и неуверенные ответы на вопросы анкет, что позволило сделать вывод о неготовности обоих участников системы «врач-пациент» к общению на предмет насилия между супругами/партнерами и обосновать необходимость подготовки образовательной программы по медицинской психологии для врачей с целью развития адекватных коммуникативных навыков.

Согласно предоставленной главными врачами поликлиник информации, на момент проведения исследования только в восьми поликлиниках из 21 (38 %) функционировали кабинеты психотерапии, куда направлялись на консультацию пациентки с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными вегетативными расстройствами. Информация о социальной и правовой помощи для дисфункциональных семей с проблемой насилия в поликлиниках отсутствовала.

Телефонный опрос руководителей 10 учреждений социальной защиты и общественных организаций показал, что стационарные государственные учреждения представлены одним кризисным центром для женщин. Нестационарные государственные учреждения, которые рассматриваются как приоритетные, существуют в формате территориальных центров социальной помощи семье, которые созданы в шести из 18 административных районах Санкт-Петербурга: Адмиралтейском, Василеостровском, Выборгском, Красногвардейском, Московском и Центральном. В территориальных центрах ведут прием специалисты разных направлений, объединенные в многопрофильные бригады, работу которых координирует специалист по социальной работе.

Согласно результатам телефонного опроса руководителей шести районных территориальных центров, все они бесплатно оказывают услуги женщинам старше 18 лет, проживающим в районе обслуживания. Всего в территориальных центрах социальной помощи ведут прием восемь психологов, в том числе психолог-педагог и медицинский психолог, пять юристов, шесть специалистов по социальной работе, врач-терапевт и два врача-сексопатолога. Психологическая помощь, предоставляемая в Центрах социальной помощи семье, включает диагностику психологических состояний, выявление и предотвращение критических психологических ситуаций. Консультирование осуществляется в телефонном и очном формате, индивидуально и в группах. СПб ГУ «Центр социальной помощи семье и детям Красногвардейского района» предлагает женщинам дополнительно тренинговые программы и арт-терапию. Юридическая помощь включает консультирование по правовым вопросам, составление ходатайств, направлений и других документов в органы системы субъектов семейной политики. Социальная помощь предусматривает социальный патронаж, взаимодействие с государственными, общественными, негосударственными организациями, объединениями и учреждениями с целью получения социальной поддержки. Городской кризисный центр для женщин и центры социальной помощи семье и детям Василеостровского и Центрального районов предоставляют женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, временное проживание.

Другой организационной формой социально-психологической помощи женщинам, подвергавшимся жестокому обращению со стороны супруга/партнера, являются женские общественные организации. Две из них – НКО «Кризисный центр для женщин» и Санкт-Петербургская общественная организация «Служба социально-юридической помощи пострадавшим от насилия «Александра» предоставляют телефонное и очное консультирование психолога и юриста, группы поддержки, юридическое сопровождение в суд и другие учреждения, временное проживание.

С учетом полученных результатов нами разработана и утверждена программа тематического усовершенствования по медицинской психологии для врачей общей практики, а также методические рекомендации «Опрос пациенток на предмет насилия со стороны интимного партнера и оказание пострадавшим помощи в общей врачебной практике». За основу программы тематического усовершенствования по медицинской психологии был взят «Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)»» (2005) и варианты программ тематических усовершенствований по медицинской (клинической) психологии (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003).

За основу методических рекомендаций были взяты: 1) краткий протокол по опросу женщин на предмет домашнего насилия (Денисов Н.И. и соавт., 2004); 2) программное руководство Фонда народонаселения ООН для медицинских и административных работников «Практический подход к насилию на гендерной почве» (2001); 3) британские клинические рекомендации «Domestic violence: the general practitioner's role» (Heath I., 1998). Источники были дополнены результатами собственного исследования.

Методические рекомендации «Опрос пациенток на предмет насилия со стороны интимного партнера и оказание пострадавшим помощи в общей врачебной практике» состоят из введения, четырех разделов, списка литературы и двух приложений.

Во введении и первых двух главах обоснована актуальность проблемы насилия между супругами/партнерами для отечественной общей врачебной практики, продемонстрирован ее междисциплинарный характер и показана роль семейного врача в системе оказания помощи семье с данной дисфункцией. Приведены определения основных понятий «насилие со стороны интимного партнера», «партнерское насилие», «жестокое обращение», «жертва, пострадавшая», «обидчик, агрессор».

В третьем и четвертом разделе описаны маркеры риска партнерского насилия, частота встречаемости этого явления, его влияние на здоровье женщин.

В пятом разделе с использованием конкретных примеров вопросов и ответов подробно описана методика опроса женщин на предмет насилия со стороны интимного партнера, предоставления пострадавшим лечебно-психологической помощи в зависимости от вариантов ответов на вопросы и направления пострадавших в службы социальной помощи семье. При описании методики врачебного опроса приведены маркеры риска насилия у женщин, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики Санкт-Петербурга. Описаны особенности опроса на предмет насилия в случаях обращения на прием женщины с ребенком и при оказании помощи всей семье.

В приложении приведена контактная информация социальных служб и общественных организаций Санкт-Петербурга, где ведут прием подготовленные по проблеме семейного насилия специалисты разных профилей.

Методические рекомендации утверждены Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (07.07.2008) и рекомендованы для методического использования в амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга и в процессе последипломной подготовки по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

Медицинская психология в высшем медицинском образовании

Б. Ю. Приленский, А. В. Приленская, И. И. Фёдорова

(Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия)

В последние годы отмечается дальнейшее усложнение социально-психологической ситуации в российском обществе. В связи с этим можно отметить дальнейший рост интереса у студентов к психологическим проблемам. По нашему глубокому убеждению, будущим медикам важно ориентироваться в социально-психологических проблемах, в вопросах становления личности, в процессах, происходящих в малых группах (семья, производственный коллектив и т.д.). Знание психологии может помочь более эффективно реализовать себя в творческой деятельности, оптимизировать процессы общения с пациентами, коллегами, подчиненными и руководителями. Психология и психотерапия могут играть существенную, если не ведущую, роль в лечении неврозов, психосоматических нарушений, зависимостей, сексуальных нарушений, расстройств личностного развития у детей, а также личностных и межличностных проблем у взрослых.

Преподавание блока психологических дисциплин (2-3 курс) ставит задачу формирования у будущего врача нового стиля мышления. Известно, что здоровье – это не только здоровое тело, но и обязательно здоровье душевное и социальное. За 19-летний период преподавания кафедрой медицинской психологии и психотерапии блока психологических дисциплин отмечается формирование нового стиля отношения студентов к психологическому содержанию взаимоотношений врача и пациентов.

На кафедре медицинской психологии и психотерапии проводились занятия в рамках элективного курса. Студентам на выбор было предложено прочитать лекционный спецкурс (36 часов) либо провести в этом же объеме тренинговые занятия. Были заявлены различные направления тренинговых занятий: личностно-ориентированная группа, экзистенциальная группа, группы телесно-ориентированной терапии, психодрама, социально-психологический тренинг. Студенты могли познакомиться с тренерами, выслушать их программы и задать различные вопросы, после чего выбрать конкретную группу. Следует подчеркнуть, что практически все студенты единогласно решили пройти групповой тренинг.

В ходе проводимых тренинговых групп можно было выделить несколько стадий, по которым обычно развивается малая группа. На первой стадии, именуемой фазой псевдосплоченности, студенты оказывались перед необходимостью выбора направления, по которому будет работать группа, перед необходимостью заявлять или не заявлять актуальную личностную проблематику. Атмосфера свободы выбора создавала необходимое напряжение, которое нередко выплескивалось на следующей стадии групповой работы – стадии агрессии. Очень важна психологическая поддержка в виде безусловного принятия всех высказываний и переживаний, которые могут возникать у студентов на этой стадии групповой психотерапевтической работы. Это создает ту особую доверительную атмосферу, необходимую для терапии на следующей, конструктивной стадии групповой работы. Только в такой атмосфере возможна проработка глубинных личностных проблем, перестройка системы взаимоотношений, освобождение от избыточных невротических защит, принятие себя, выработка адаптивных механизмов совладания, важных в процессе адаптации.

Различные направления групповой работы, безусловно, имели свои особенности. Группы телесно-ориентированной терапии основываются на положениях, выдвинутые в работах психоаналитиков В. Райха и А. Лоуэна. При этом предполагается невербальная работа с психологическими проблемами через снятие «мышечных блоков» и освобождение от эмоциональных зажимов. Это позволяет снимать невротические внутриличностные и межличностные конфликты и психосоматические проблемы, активизировать телесную энергетику. В результате работы студенты отмечали легкость в теле, в сердце, в груди, ощущали свободу в движениях, исчезало чувство усталости и тревоги. В дальнейшем немалая часть студентов выразила желание продолжить эту работу.

В психодраматической группе работа основывалась на идеях психоаналитика Я. Морено и состояла в актуализации психотравмирующей ситуации через проигрывание ее с помощью участников группового процесса. Это позволяло осознать суть психологического конфликта, свою роль в его развитии, отреагировать накопившиеся эмоции и также выработать конструктивный стиль поведения.

Социально-психологический тренинг предполагает выработку нового стиля поведения участников в конфликтных различных ситуациях через обучение отстаивать свои интересы в конфликтных ситуациях. Студенты освобождались от повышенной тревожности, боязливости. Вырабатывалось уверенное поведение, умение вести диалог, слушать собеседника, выходить из конфликтной ситуации.

Экзистенциальная группа и группа личностного роста ставили цели, которые были актуальными для ее участников: вопросы смысла жизни, любви, других человеческих ценностей, осознание и освобождение

от проблем, препятствующих личностному росту. Поскольку работа рассчитана на более продолжительный срок, можно говорить лишь о предварительных наблюдениях за изменениями, происходящими среди участников. Студенты стали откровеннее говорить о том, что их действительно волнует, в результате чего они могли свободнее высказывать свои мысли и чувства. Они начинают освобождаться от необходимости постоянно играть навязанные условностями жизни социальные роли.

Эффективность психотерапевтической работы возрастает, как показывает наш опыт, в атмосфере равноправных, партнерских взаимоотношений, как между самими студентами, так и в их взаимоотношениях с преподавателем, ведущим группу. В этой ситуации возможна активизация творческого мышления, могут открываться перспективы для личностного роста.

В процессе преподавания психотерапии на пятом курсе (7 лекций и 6-дневный курс цикловых практических занятий) ставится цель не только ознакомить студентов с психотерапией, но и помочь осознать свои собственные психологические сложности.

Студентам на выбор предлагается проведение занятий либо в виде классических семинарских, либо в виде учебной психотерапевтической группы. Практически все студенты проявляют интерес ко второй форме проведения занятий. В процессе преподавания важно создать атмосферу доверия, что порой очень непросто в условиях вуза. Теме не менее, студенты начинали заявлять свои личностные, психосоматические, межличностные и семейные сложности. Работа велась индивидуально в группе. Это давало возможность, с одной стороны, ощутить атмосферу принятия и поддержки, с другой – показать возможность выхода из создавшихся сложностей остальным участникам психотерапевтического процесса.

В ходе занятий могут решаться конкретные психологические проблемы студентов, принимающих в них участие. Студенты имеют возможность лучше разобраться в себе, осознать и разрешить внутри- и межличностные конфликты, в результате чего возможно изменение стиля взаимоотношений с окружающими. Групповая работа (в зависимости от клиентского запроса) может вести к глубинной личностной перестройке, изменению отношения к себе, освобождению от комплекса неполноценности.

Работа с личностью студента представляется особенно важной, поскольку будущие врачи в последние десятилетия часто оказывались, по сути, в экзистенциальном вакууме: утрачены или извращены многие ценностные и смысловые ориентиры, представления о нравственности, морали. Эти обстоятельства могут вести, по мнению основоположника экзистенциального направления в психотерапии В. Франкла, к развитию ноогенных неврозов, наркоманий и алкоголизма. По данным доклада Национального института психического здоровья (США), из 7948 студентов в 48 вузах наибольшее число (78%) выразили желание «найти в своей жизни смысл».

К сожалению, в системе медицинского образования в настоящее время отсутствует целостная, систематическая и целенаправленная работа по формированию гармоничной личности будущего врача. Следует подчеркнуть, что врач, имеющий личностные психологические проблемы, может быть не просто неэффективно работающим специалистом, но и в ряде случаев наносить пациентам непоправимый вред. Врач с психологическими проблемами может неосознанно делать попытки решать собственные психологические проблемы за счет окружающих, в первую очередь за счет пациентов. Мы все являемся свидетелями случаев, когда личностные проблемы ведут к профессиональной деформации специалиста, к грубейшим деонтологическим и этическим нарушениям. Грамотная психотерапевтическая и психокоррекционная работа необходима, по нашему мнению, в ходе подготовки специалиста-медика любого профиля.

Еще одной важной задачей, на наш взгляд, может являться квалифицированная психологическая поддержка студентов в процессе адаптации в период обучения. Именно в этот период студенты испытывают колоссальную психологическую нагрузку в атмосфере высоких, порой излишне жестких требований высшей школы. Нередки случаи, когда у студента с возникшими психологическими трудностями формируется состояние дезадаптации, порой приводящее к невротическим срывам. Часто преподавателям не очень понятны возникающие у студентов психологические проблемы, и они просто причисляются к категории бездельников. По предварительным оценкам, именно на 1-2 курс приходится основная тяжесть возникающей дезадаптации. Студентам нередко приходится слышать иронические, порой унижительные реплики в свой адрес, нередко угрозы по поводу возможной неудовлетворительной сдачи экзаменов и последующего отчисления из медицинской академии. Тревога, атмосфера страха, которая порой царит во время экзаменов и зачетов, превращает их из мероприятия, во время которого должны проверяться навыки и умения, в напряженное испытание нервов студентов.

Таким образом, представляется целесообразной организация более гибкой системы индивидуального додипломного образования будущих специалистов с углубленным изучением вопросов психологии и психотерапии, с расширением количества часов, отводимых на преподавание этих дисциплин.

**«Медицинская психология в России» - www.medpsy.ru –
опыт работы специализированного электронного ресурса**

В. А. Урываев

(Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль, Россия)

И. А. Новикова

(Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия)

Н. В. Руденко

(Краевая клиническая больница, Ставрополь, Россия)

Электронные средства информации начинают все в большей степени определять жизнь профессионалов. Создание виртуальной (размещенной в Интернете) специализированной площадки по проблемам медицинской (клинической) психологии в виде тематического сайта и электронного научного журнала стало ответом на требование времени.

Английская поговорка «Короля делает двор» как нельзя лучше соответствует задачам профессиональной медицинской (клинической) психологии в системе здравоохранения и в целом в обществе. Если нет «заказа» на психологическую подготовку от огромной массы врачей, медицинских сестер, организаторов здравоохранения и проч., то прекрасные разработки современной медицинской психологии (в России и за рубежом) остаются невостребованными. Как говорят в бизнес-сообществе: «Товар «сделан» – когда он куплен»!

Странное положение медицинской психологии в профессиональной подготовке врача характеризуется целым рядом признаков:

- вначале студенты-медики изучают анатомию и «уход за больным», и лишь на втором курсе обычно начинает читаться психология;
- одна дисциплина (психология) читается двумя кафедрами (чаще всего, общегуманитарными кафедрами на младших курсах и врачами-психиатрами на старших);
- концептуальная противоречивость изложения основ психологии и практических рекомендаций (иногда и явный конфликт смысловых акцентов; к примеру, в одном из ведущих вузов страны изданы два учебника по медицинской психологии – для младших и старших курсов - и они не выдержаны в единой парадигме; создается впечатление, что авторы, еще раз подчеркнем, одного (!) вуза, не знакомы между собой; это, на наш взгляд, откровенно дезориентирует студентов-медиков);
- отсутствие профессиональных психологов в достаточном количестве в штатах медицинских вузов (в их отсутствие психологию читают философы, педагоги, экономисты, врачи-неврологи, врачи-психиатры, врачи общей практики, врачи-педиатры; естественно, каждый привносит в изложение свой опыт, иногда крайне своеобразный, а остальные темы даются в изложении, близком к «здравому смыслу»);
- отсутствие достаточного объема учебной литературы, практикумов, тестового контроля, ситуационных задач для государственных экзаменов.

Все изложенное заставило инициаторов сайта напрямую обратиться к студентам медицинских вузов и работникам здравоохранения.

Если представить последовательность шагов, то **первым шагом** стало создание тематически ориентированного сайта (11 февраля 2008 года).

На сайте в результате двух с половиной лет работы небольшого коллектива заинтересованных лиц размещены сравнительно полные информационные ресурсы, отвечающие основным задачам преподавания психологии в медицинском вузе.

Коротко укажем основные разделы сайта:

- «медицинские вузы» (материалы для студентов-медиков и преподавателей психологии, включая методические разработки, имеющие «гриф» УМО Минздравсоцразвития, но не имеющие достаточного тиража);
- «здравоохранение» (материалы для врачей, медицинских сестер и организаторов здравоохранения);
- «клиническая психология» (материалы для медицинских (клинических) психологов, в частности документы, регламентирующие работу психологов в здравоохранении, сообщения из центров подготовки медицинских (клинических) психологов);
- «общество» (материалы по проблемам медицинской психологии для педагогов, социальных работников, сотрудников правоохранительной системы);
- «профессиональные словари» (тематический словарь, словарь методик, словарь персоналий);
- «библиотека» (статьи и книги, подаренные сайту участниками проекта);
- «новости научной жизни» (информация о научных форумах, тренингах, аннотации на вышедшую профильную литературу, включая содержание профильных научных журналов);
- «переписка с читателями».

В самое ближайшее время планируется выведение «отдельной строкой» проекта «Иные» (творчество людей, имеющих психиатрический опыт) и открытие специальной рубрики для проекта «Ухтомский» (развернутое обсуждение наследия выдающегося физиолога и философа).

По мнению администрации сайта, сделанное было положительно воспринято посетителями. С разбивкой по полугодиям (начиная с 2008 года), число посетивших сайт выглядит следующим образом (в тысячах посетителей): 0,5 – 3,7 – 11,8 – 14,1 – 24,7. Еще один крайне важный показатель (за «отчетный период») – число страниц сайта, которые были востребованы посетителями (также с 2008 года, по полугодиям, в тысячах): 2,1 – 8,5 – 23,9 – 31,1 – 55,5.

Впереди у разработчиков сайта еще много работы, и достигнутый уровень посещаемости – только начало. Заметим, что проект развивается в отсутствие какого-либо государственного финансирования, что существенно сдерживает темпы работы. Тем не менее, подчеркнем: основная задача сайта остается неизменной – как можно полнее удовлетворить потребности самой широкой медицинской общественности в доступе к современным исследованиям по медицинской (клинической) психологии.

Вторым шагом в развитии электронного ресурса стала регистрация на нем 11 ноября 2009 г. (меньше года назад) электронного научного журнала (Электронного периодического издания) с одноименным названием «Медицинская психология в России». Таким образом, собственно сайт перешел в «подчиненное» положение к журналу и превратился (де факто) в Приложение к журналу.

Учреждение журнала было с энтузиазмом встречено широкой научной общественностью, поскольку по шифру 19.00.04 («Медицинская психология») до появления нашего электронного средства массовой информации не было ни одного (!) профильного научного издания. Выражаясь метафорически (используя образ русской тройки), медицинская психология всегда была «пристяжной» и нигде не выступала «коренной».

На сегодня согласие работать в редколлегии (то есть публиковаться на постоянной основе, систематически) дали 23 доктора наук (или профессора), как медицинских, так и психологических наук, и 4 кандидата наук (список не окончательный и постоянно увеличивающийся). В качестве непостоянных членов научно-редакционного совета (членов собственно редакционного совета) согласились выступить еще 4 доктора наук и 3 кандидата.

Первый номер журнала (№1 2009) открыл серию «Спецвыпусков» (моно-тематических номеров, выходящих раз в год, в конце года) и был посвящен теме «Актуальные проблемы медицинской психологии». В этот номер прислали публикации 20 ученых, поднявших самые разнообразные проблемы теории и практики работы медицинских (клинических) психологов в системе здравоохранения. Нам было очень приятно получить в номер статью Иштвана Харди (Будапешт, Венгрия), в которой он рассказал об истории написания широко известной книги «Врач. Сестра. Больной. Психология работы с больными».

Портрет на обложке номера и биографическая публикация были посвящены выдающему российскому врачу-хирургу XX века Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому (имя которого присвоено Красноярскому государственному медицинскому университету). Он не только был лауреатом государственной премии (за монографию «Очерки гнойной хирургии»), но и, в самом высоком значении этого слова, вел подвижнический образ жизни, носил сан епископа православной церкви и по окончании жизни был причислен к лику святых.

Второй номер (№1(2) 2010) открывается публикацией Д.М. Менделевича (Казань), которая посвящена В.М. Бехтереву (точнее, ранним годам его профессионального становления, когда он много путешествовал по Европе).

В этом выпуске журнал уже разбит на рубрики (заметим, что редакция не стремится в каждом номере представить все рубрики):

- история медицинской психологии;
- методологические проблемы медицинской психологии;
- медицинская психология в психиатрии;
- актуальные проблемы пато- и нейропсихологии;
- медицинская психология и психотерапия;
- прикладные исследования в медицинской психологии;
- социальная медицинская психология;
- психология и педагогика в профессиональной подготовке медицинского персонала;
- лекции по медицинской психологии;
- научная жизнь;
- центры подготовки медицинских (клинических) психологов;
- новые книги;
- авторефераты диссертационных исследований по проблемам медицинской психологии.

Еще немного о рубриках. Они разработаны редакционной коллегией журнала с тем, чтобы упорядочить многообразие представленной информации и служить основой для подготовки «Тематического указателя публикаций», который должен помочь читателю сориентироваться в поиске интересующей его информации. Планируется также создание «Авторского указателя публикаций», в котором можно будет легко отыскать уже собственно автора.

Третий (№2(3) 2010) номер журнала, на обложке которого представлена фотография князя А.А. Ухтомского (священнослужителя, лауреата государственной премии, академика, философа), также носит характер «очередного» и разбит на указанные рубрики.

Представляется важным, что в трех номерах журнала уже опубликованы статьи и сообщения из различных городов страны: Анапа, Архангельск, Волгоград, Ижевск, Казань, Киров, Красноярск, Курск, Москва, Оренбург, Пермь, Санкт-Петербург, Ставрополь, Тамбов, Тюмень, Чебоксары, Челябинск, Ярославль. Мы убеждены, что от номера к номеру все полнее будет представлено видение ведущими учеными нашей страны и начинающими исследователями, не только основных проблем нашей науки, но и способов их решения.

Редакция журнала подходит максимально демократично к различным точкам зрения, высказываемым в публикациях, стремясь дать возможность изложить свои взгляды представителям самых различных областей медицинской и социальной практики. По существу, создается «площадка», на которой самые различные специалисты могут обсуждать наболевшие проблемы медицинской (клинической) психологии. Мы согласны со старой поговоркой, бытующей в медицине: «Обособляются (специализируются) врачи, но не болезни»

Редакция приняла как принцип максимальную доступность журнала для широкой медицинской и психологической общественности. Посещение сайта – бесплатное. Электронный способ публикации позволяет знакомиться с содержанием журнала в любой библиотеке, почтовом отделении связи, в любой квартире нашей страны и за рубежом. С появлением в журнале статей, иллюстрированных видеоматериалами, преимущества электронной формы публикации научных сообщений станут еще более очевидными.

Третий шаг в развитии обсуждаемых электронных ресурсов мы видим в перспективе роста влияния сайта и журнала на развитие профессионально ориентированной медицинской (клинической) психологии, в создании подразделов (страниц), работа которых будет интересна уже собственно специалистам-психологам. В Интернете возможно создание «закрытых» от широко посещения (только по подписке, строго в рамках профессионального сообщества) страниц, на которых можно обсуждать уже сугубо профессиональные вопросы.

Такая работа, пока просто в направлении специализации, уже нами ведется через создание профильных рубрик на сайте. Например, в разделе «Клиническая психология» (подраздел «Актуальные проблемы медицинской психологии») представлены малоизвестные работы А. Кронфельда. В разделе «Библиотека» создается «банк» малотиражных публикаций, подаренных сайту участниками проекта.

В этом же направлении находится и инициирование дискуссий в журнале, систематическая публикация в нем авторефератов, посвященных проблемам медицинской (клинической) психологии (причем, любопытно, научные исследования могут в сфере медицинской психологии иметь самый разный «шифр» при защите диссертации – социальная психология, физиология, педагогическая психология, психиатрия, реабилитология, психологии труда и др.).

Многое в перспективе будет зависеть от активности самого профессионального сообщества, в распоряжение которого предоставляется современный электронный ресурс.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Эмоциональная реакция родителей на аутизм детей: опыт анализа на основе американского материала

В. Б. Лушин

(New York University, USA)

Среди многочисленных медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с аутизмом, выделяется проблемная область, остро требующая дополнительного изучения и широкого вмешательства: область эмоционального здоровья родителей, дети которых страдают аутизмом и расстройствами аутического спектра.

Эта тема важна по нескольким причинам. В первую очередь, аутизм детей оказывает выраженное негативное воздействие на жизнь и психологическое здоровье родителей; подробное изучение этого воздействия настоятельно необходимо для разработки действенных методов помощи этой значительной категории населения, пока почти не охваченной систематической психологической помощью. Во-вторых, подробное изучение родительской реакции на аутизм детей важно и с точки зрения улучшения качества жизни и перспектив терапевтической коррекции самих юных пациентов. Есть основания всерьез предполагать, что изменение эмоционального статуса родителей, важного фактора в развитии любого ребенка, в случае вынесения диагноза, связанного с аутизмом, может приводить к возникновению «кольцевого эффекта» (looping effect), ведущего к дальнейшему усугублению аутических проявлений у ребенка и снижению эффективности терапии.

Как нетрудно предположить и как показали несколько недавних исследований, у многих (65-70 процентов) родителей аутичных детей развивается психологический синдром, клинически напоминающий официальное описание «большой» депрессии. Узнав о диагнозе своего ребенка, который, как правило, выносится после 17-месячной возрастной отметки, многие родители в течение более 3-х месяцев

испытывают дисфорию, ангедонию, значительное снижение самооценки, а также инсомнию и снижение аппетита. Этот комплекс негативных эмоционально-поведенческих реакций, по сути дела, конгруэнтен симптомам большой депрессии, указанным в психиатрическом Диагностически-статистическом руководстве (DSM IV) – официальной классификационной системе современной американской психиатрии. На сегодняшний день в США нет четких данных о том, снижаются ли эти симптомы у данной группы населения без специального вмешательства; однако, по данным Бенсона, использование антидепрессантов среди родителей аутичных детей выше, чем в целом среди соответствующих социально-возрастных групп населения. Важно отметить, что в исследованиях выделяется и категория родителей, не реагирующих на аутизм детей ярко выраженными депрессивными симптомами; то есть можно говорить о существовании различных типов эмоциональной реакции родителей на аутизм собственных детей.

Задача этой статьи – попытаться описать негативные родительские эмоциональные реакции на аутизм у детей с использованием трех классических концептуальных моделей депрессии: когнитивно-бихевиоральной, рационально-эмоциональной и интерперсональной; а также наметить перспективы выработки прагматичной, не патологизирующей методологии психотерапевтической помощи этой категории населения.

Важный вопрос в начале разговора – следует клиницистам интерпретировать негативный эмоционально-поведенческий ответ родителей на аутизм у детей как психическое нездоровье или как нормальную реакцию на экстремальный стресс в семейной ситуации. Оговорюсь, что я придерживаюсь второй точки зрения. Патологизация и медикализация негативной родительской реакции эпистемологически неоправдана: она привела бы к дополнительной стигматизации этой и так уже психологически страдающей группы людей, вызывая в их семьях новые негативные “кольцевые эффекты”, как утверждают Горовитц и Уэйкфилд (Horwitz & Wakefield, 2007; Wakefield, 2010). Люди, проходящие через столь стрессогенные, хотя и естественные, жизненные ситуации, страдают не из-за собственного психического расстройства – их страданию способствует их вполне здоровая эмоциональная реактивность. Можно утверждать, что как раз отсутствие негативной эмоциональной реакции на проявившийся у собственного ребенка аутизм указывало бы на психическое нездоровье родителя. К тому же депрессивные проявления у родителей аутичных детей не укладываются в формулу “пагубной дисфункции” (“harmful dysfunction”) – одного из самых емких определений психического расстройства, предложенного Уэйкфилдом (Wakefield, 1992; Horwitz & Wakefield, 2007).

Однако можно представить себе, что без медикализации негативной эмоциональной реакции родителей на аутизм у ребенка трудно было бы организовать оказание им психотерапевтической помощи, так как в большинстве западных стран (как и в нынешней России) покрытие психотерапии медицинскими страховками напрямую зависит от диагноза, поставленного пациенту. Возможно, прагматическое решение этой проблемы в американском контексте могло бы заключаться во введении систематических психологических консультаций для родителей в спектр услуг детских психологов, специалистов по прикладному бихевиоральному анализу (Applied Behavioral Analysis) и других клиницистов, работающих с аутичными детьми. При такой организации процесса не было бы необходимости накладывать на родителей дополнительную стигму в виде медикализации их реакции на аутизм детей.

Для разработки методики такого рода терапевтического курса представляется рациональным рассмотреть негативную эмоциональную реакцию родителей на аутизм детей в рамках трех основных моделей депрессии – когнитивно-бихевиоральной, рационально-эмоциональной и интерперсональной. Когнитивно-бихевиоральная модель увязывает депрессию с маладаптивными глубинными схемами (core schemas), глубоко интернализированными оценочными суждениями, враждебными для самого индивидуума, который их испытывает. Эти схематы и вызывают негативные эмоции, составляющие депрессию. Согласно теории Аарона Бека (Aaron T. Beck), одного из пионеров изучения депрессии и создателя когнитивно-бихевиоральной модели, маладаптивные схемы формируются вследствие нарушения процессов интернализации информации, определяющей ценность индивидуума, например, маркеров восприятия собственной адекватности и, главное, потенциальной успешности в различных социальных ролях. Соответственно, улучшение этих процессов должно вести к позитивному изменению схем и к излечению от депрессии (Beck et al., 1979).

Согласно некоторым исследованиям, стойкие депрессивные реакции у родителей аутичных детей связаны с глубокими изменениями существующих схем и формированием новых (Wolf et al, 1989). Узнав о депрессивном диагнозе ребенка, родитель утрачивает исключительно глубокую схему позитивного самовосприятия в родительской роли. Многие родители, узнав о диагнозе, интернализируют чувство вины, глубинное убеждение в том, что к возникновению аутизма у ребенка привели их собственные биологические или поведенческие недостатки (O'Brien, 2007). Схема предвкушения долговременной радости выполнения родительской роли замещается ожиданием многолетнего стресса и страдания в результате расстройства, обнаруженного у ребенка. Родители испытывают натиск мыслительных автоматизмов, связанных с ухудшением прогноза всей их последующей жизни и также с ожиданием проявлений жалости со стороны других, что, естественно, ранит их чувство достоинства, как сообщают Вольф и О'Брайен (Wolf et al, 1989; O'Brien, 2007).

Представляется, что из трех компонентов когнитивно-бихевиоральной терапии, разработанной Беком, – поведенческого, когнитивного и схематического – последние два особенно важны для

терапевтической помощи родителям аутичных детей. Уместно предположить, что постепенное обнаружение и трансформация интернализированных самообвинений и других маладаптивных схем, связанных с аутизмом у детей, могло бы привести к угасанию депрессивной симптоматики у родителей.

По мнению Альберта Эллиса, автора рационально-эмоциональной модели, депрессия связана с иррациональными убеждениями, возникающими в раннем детстве или биологически детерминированными. Концепция иррациональных убеждений родственна концепции схем, однако, в отличие от Бека, связывавшего схемы с оценочными суждениями, Эллис настаивал на чисто когнитивной природе иррациональных убеждений. С его точки зрения, в основе депрессии лежат убеждения людей в отношении жесткой причинно-следственной связи между явлениями социальной жизни – убеждения, как правило, не подтвержденные никакими эмпирическими данными. Этот распространенный тип иррациональных убеждений он саркастически называл “*мастербацией*” (“*musterbating*” – от английского слова *must* – *должно*). К этой категории относится, например, неоправданное убеждение в том, что аутизм, обнаруженный у ребенка, непременно должен привести к ухудшению качества его жизни – по некоторым данным, у высокофункционалирующих индивидуумов с расстройствами аутического спектра уровень субъективного благополучия существенно выше среднего (O'Brien, 2007). В отличие от когнитивно-бихевиорального подхода с его тремя вышеупомянутыми терапевтическими компонентами, рационально-эмоциональная терапия (RET) фокусируется на эффективном оспаривании иррациональных убеждений пациента (Wakefield, 2010).

Не исключено, что компонент RET может быть успешно интегрирован в психотерапию для родителей аутичных детей. По крайней мере одно маладаптивное убеждение, типичное для этой категории людей, – интернализированное чувство вины за аутизм своих детей – представляется безусловно иррациональным. Нет никаких эмпирических свидетельств того, что возникновение аутизма у детей связано с биологическими дефектами или поведенческими аномалиями у родителей. Систематическая интернализация этой информации родителями аутичных детей, вероятно, могла бы привести к облегчению их эмоциональных страданий. При этом надо отметить, что на вторичном причинно-следственном уровне эмоциональный статус родителей может существенно воздействовать на эффективность терапии, проводимой с аутичными детьми (O'Brien, 2007; USDHSS, 2010); поэтому некогда исключительно популярные – и впоследствии раскритикованные – идеи Бруно Беттельхейма о влиянии материнских эмоций на аутизм у детей могли бы быть критически пересмотрены заново (Wakefield, 2010).

Представляется, что и компоненты интерперсонального подхода к депрессии могут быть использованы в оказании помощи родителям аутичных детей. Эта модель, хоть и бихевиористская по определению, основана на теории привязанности Джона Боулби, исследователя психоаналитической школы. Сторонники интерперсональной модели усматривают этиологию депрессии в нарушениях межличностных отношений пациента; эти нарушения ведут к искажению глубинных схем, что и вызывает депрессию (Wakefield, 2010). Нарушения межличностных отношений подразделяются на четыре проблемных области: оплакивание (*grief*), несогласие (*dispute*), смена ролей (*role transition*) и интерперсональные дефициты (*interpersonal deficits*). Третья из них – смена ролей – имеет прямое отношение к опыту родителей аутичных детей. Узнав о диагнозе своего сына или дочери, человек неизбежно расстается с ролью родителя здорового ребенка – ролью, обеспечивающей поток позитивной обратной связи на социальном уровне, укрепляющей чувство гордости и собственного достоинства. На смену ей приходит социальная роль родителя ребенка-инвалида, несущая в себе негативные персональные и социальные импликации (O'Brien, 2007). Терапия, основанная на этом понимании, могла бы помочь пациенту быстро расстаться с прежней ролью, беспрепятственно выразить эмоции, вызванные этим расставанием, и выработать навыки и механизмы самоподдержки в новой роли.

Представляется, что компоненты всех трех классических концептуальных моделей депрессии, продуктивно скомпонованные в интегрированную терапевтическую методику, могли бы стать эффективным инструментом в терапевтической работе с многочисленной группой населения, страдающей эмоционально, и, к сожалению, не получающей регулярной помощи, – родителями аутичных детей. Создание такой методики требует дальнейшего исследования эмоциональных и поведенческих реакций родителей на диагноз и проявления аутизма у собственных детей.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абабков Валентин Анатольевич: доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (ababkov@nm.ru)

Абрамова Аида Алексеевна: кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, Москва (aida-abramova@yandex.ru)

Азарных Татьяна Дмитриевна: кандидат биологических наук, доцент кафедры философии Воронежской государственной технологической академии (azarnykh_t@mail.ru)

Александрова Нина Викторовна: ассистент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Алехин Анатолий Николаевич: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена (termez59@mail.ru)

Астапов Валерий Михайлович: доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой практической психологии Московского института открытого образования:

Бабенко Анастасия Евгеньевна: Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, студентка (lotanariel@gmail.com)

Бажукова Оксана Александровна: кандидат психологических наук, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии Дагестанского государственного педагогического университета, Махачкала (boa9@mail.ru)

Баз Людмила Леонардовна: кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН (bazl@mail.ru)

Бардышевская Марина Константиновна: кандидат психологических наук доцент кафедры нейро- и патопсихологии Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова (marinabard@yandex.ru)

Берно-Беллекур Игорь Валентинович: кандидат психологических наук, кандидат медицинских наук, научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, докторант Санкт-Петербургского государственного университета (Berno-Bellekur@mail.ru)

Блюм Анна Ивановна: ассистент кафедры психология и педагогика Курского государственного медицинского университета (anna_blum@mail.ru)

Бородкина Людмила Владимировна: кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, соискатель; ГУЗ ОКПНД г. Твери, медицинский психолог (dora8877@mail.ru)

Брецких Елена Анатольевна: ГУЗ «Специализированный дом ребёнка для детей с органическим поражением ЦНС с нарушением психики», Петрозаводск, медицинский психолог; кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, аспирант (bretskih@mail.ru)

Ванчакова Нина Павловна: доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики и психологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (npvanchakova@spb.skylink.ru)

Василенко Татьяна Дмитриевна: кандидат психологических наук, доцент, декан факультетов клинической психологии и социальной работы, заведующая кафедрой психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета (tvasilenko@yandex.ru)

Вассерман Людвиг Иосифович: доктор медицинских наук, профессор, заведующий Лабораторией клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета (Psy_lab@inbox.ru)

Вишнева Анастасия Евгеньевна: Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, факультет психологии, кафедра нейро- и патопсихологии, студентка (nvishneva@mail.ru)

Гаджиева Джамиля Пайзутдиновна: кандидат психологических наук, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии Дагестанского государственного педагогического университета (d.izieva@mail.ru)

Гасилина Анна Николаевна: Московский институт открытого образования, соискатель

Городнова Марина Юрьевна: кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (mgorodnova@yandex.ru)

Груздева Ольга Васильевна: кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии детства Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева (gruzdeva@kspu.ru)

Гуреева Ирина Лазаревна: кандидат психологических наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (irin1974@yandex.ru)

Дереча Виктор Андреевич: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Оренбургской государственной медицинской академии (nauka_kaf@mail.ru)

Добряков Игорь Валериевич: кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (dobriakov2008@yandex.ru)

Дробышева Татьяна Валерьевна: кандидат психологических наук, научный сотрудник Института психологии РАН, доцент кафедры практической психологии Московского института открытого образования (Drobysheva@psychol.ras.ru)

Елисеева Мария Владимировна: гимназия № 49 г. Санкт-Петербурга, педагог-психолог (maria.ed@mail.ru)

Ениколопов Сергей Николаевич: кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии Научного центра психического здоровья РАМН, Москва (enikolopov@mail.ru)

Зверева Наталья Владимировна: кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН (nwzvereva@gmail.com)

Ившина Марина Евгеньевна: ассистент кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета, аспирантка (volshebstvo.88@mail.ru)

Иовлев Борис Вениаминович: кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научного исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Psy_lab@inbox.ru)

Ишемгулов Сергей Султанович: Московский психолого-социальный институт, аспирант (elchat@mail.ru)

Каськова Диана Сергеевна: ассистент кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета (Predator-www@rambler.ru)

Ким Эвелина Феликсовна: Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, аспирант (hedgehog1000@yandex.ru)

Кобзев Евгений Анатольевич: доцент кафедры возрастной психологии и физиологии Магнитогорского государственного университета (kobzev-ea@rambler.ru)

Ковалевский Валерий Анатольевич: доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской психологии и психотерапии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (kovalevsky@kspu.ru)

Ковязина Мария Станиславовна: кандидат психологических наук, доцент, научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова (kms130766@mail.ru)

Коломиец Ирина Леонидовна: старший лаборант кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (kolirina2006@yandex.ru)

Корзунин Владимир Александрович: доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор кафедры психофизиологии и клинической психологии Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина (vakorzunin@rambler.ru)

Корнеева Светлана Анатольевна: старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии Белгородского государственного университета (Korneeva@bsu.edu.ru)

Корчинов Александр Дмитриевич: ГУЗ «Психиатрическая больница святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, медицинский психолог (Korchinov_@mail.ru)

Круглова Надежда Евгеньевна: кафедра медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, аспирантка

Ксенофонтов Александр Михайлович: кандидат биологических наук, доцент, начальник психологической службы УВД по Архангельской области (ksenofontov.alexandr@yandex.ru)

Кузнецова Дарья Алексеевна: Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, студентка (kuznetsova.darja@gmail.com)

Кузнецова Светлана Олеговна: кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, Москва (Kash-kuznezova@yandex.ru)

Кузьмина Анна Сергеевна: Алтайский государственный университет, факультет психологии, магистрант (Annakuz87@yandex.ru)

Куц Екатерина Александровна: Белгородский государственный университет, кафедра общей и клинической психологии, бакалавр

Лаврик Яна: психолог, The Psychology Research and Services Center, University of Houston, Houston, Texas, USA (Университет Хьюстона, Центр психологических исследований и оказания психологических услуг, г. Хьюстон, шт. Техас, США) (yana@lavrik.me)

Локтионова Альбина Викторовна: директор «Института интегративной детской психотерапии и практической психологии Генезис» (Москва), детский и семейный психотерапевт (alboks2001@mail.ru)

Лохматкина Наталья Викторовна: ассистент кафедры семейной медицины Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (tohelpyou@mail.ru)

Лушин Виктор Борисович: клинический психолог, докторант Нью-Йоркского Университета (New York University – NYU) (vbl206@home.nyu.edu)

- Макарова Ирина Юрьевна:** кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии № 2 Смоленского государственного университета (makarovai2010@yandex.ru)
- Медведев Сергей Эрнстович:** кандидат медицинских наук, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, докторант (sem2001@bk.ru)
- Микиева Ирина Николаевна:** ГОУ «Центр развития – детский сад» №1661, Москва, психолог (mirosmik@yandex.ru)
- Миланич Юлия Михайловна:** кандидат психологических наук, доцент кафедры коррекционной педагогики и коррекционной психологии Ленинградского государственного университета им. А.С.Пушкина (y.milanich@rambler.ru)
- Морозова Марина Сергеевна:** факультет клинической психологии Московского института медико-социальной реабилитологии, студентка
- Нейгебауэр Ирина Игоревна:** Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, студентка (igia@yandex.ru)
- Никишина Вера Борисовна:** доктор психологических наук, профессор кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета (Predator-www@rambler.ru)
- Николаев Евгений Львович:** доктор медицинских наук, профессор, начальник учебно-методического управления Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова, Чебоксары (nikelvov@yahoo.com)
- Никольская Ирина Михайловна:** доктор психологических наук, профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (Imn_maro@inbox.ru)
- Новикова Ирина Альбертовна:** доктор медицинских наук, профессор кафедры психологии Поморского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Архангельск (ianovikova@mail.ru)
- Носов Сергей Сергеевич:** Московский гуманитарный университет, аспирант (nosov.ss@mail.ru)
- Оганесян Наталья Юрьевна:** кандидат психологических наук, ГПБ № 6 (стационар с диспансером); Клиника неврозов им. акад. И.П. Павлова, медицинский психолог – танцевальный терапевт (anais_og@rambler.ru)
- Омарова Патимат Омаровна:** кандидат психологических наук, профессор, заведующая кафедрой коррекционной педагогики и специальной психологии, начальник отдела научно-инновационных проектов и грантов Дагестанского государственного педагогического университета, Махачкала (brain1974@mail.ru)
- Панасенко Бэлла Васильевна:** Центр восстановительного лечения им. С.С. Мнухина «Детская психиатрия», врач-психотерапевт; кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, аспирант (vitia-bella@yandex.ru)
- Панина Наталья Александровна:** ассистент, заведующая учебной частью кафедры педагогики и психологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Tala5521@rambler.ru)
- Приленская Анна Владимировна:** кандидат медицинских наук, ассистент психотерапии и медицинской психологии Тюменской государственной медицинской академии (prilensk@mail.ru)
- Приленский Борис Юрьевич:** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и медицинской психологии Тюменской государственной медицинской академии, главный внештатный психотерапевт Тюменской области (prilensk@mail.ru)
- Пушина Валентина Валентиновна:** кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии профессионального развития Волжского государственного инженерно-педагогического университета, Нижний Новгород (vpushina@rambler.ru)
- Рассказова Елена Игоревна:** кандидат психологических наук, младший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН (l_gasskazova@yahoo.com)
- Рогачева Татьяна Владимировна:** доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой организационной психологии Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н.Ельцина, Екатеринбург (TVRog@yandex.ru; haus@wtn.ru)
- Ромицына Тамара Афанасьевна:** главный психолог Одесской области, директор Медико-социального центра помощи жертвам насилия
- Руденко Наталья Вадимовна:** кандидат биологических наук медицинский психолог Ставропольской краевой клинической больницы; доцент кафедры общей и социальной психологии Института Дружбы народов Кавказа (nataly_rudenko@mail.ru)
- Русина Наталья Алексеевна:** кандидат психологических наук, заведующая кафедрой психологии и педагогики с курсом ФПДО Ярославской государственной медицинской академии (psycholog@yuma.ac.ru)
- Рыбкин Антон Андреевич:** Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары, аспирант (elvinfisher@rambler.ru)
- Семакова Елена Владимировна:** кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии Смоленского государственного университета (semaksmol@yandex.ru)
- Семенов Дмитрий Владимирович:** кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Владимирского государственного университета (dv_semenov@mail.ru)
- Симоненко Ирина Алексеевна:** кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и педагогики Курского государственного медицинского университета (irinalik2004@mail.ru)

Сирота Наталья Александровна: доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета (sivotan@mail.ru)

Тельнюк Ирина Владимировна: кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики и психологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (itelnuk@mail.ru)

Тимофеева Ирина Владимировна: кандидат педагогических наук, заведующая кафедрой физической реабилитации Екатеринбургского филиала Уральского университета физической культуры (Afk-ural@mail.ru)

Толошинова Дарья Юрьевна: ГУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кашенко»; «ЦСРИиДИ Адмиралтейского района», Санкт-Петербург, медицинский психолог (daryatoloshinova@mail.ru)

Туровец Андрей Анатольевич: директор ГУ «Минский городской центр социального обслуживания семьи и детей», Беларусь (turovets@yandex.ru)

Узлов Николай Дмитриевич: кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психологии и социальной работы Березниковского филиала Пермского государственного университета (knots51@mail.ru)

Улитовский Сергей Борисович: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой профилактики и гигиены стоматологических заболеваний Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Урываев Владимир Анатольевич: кандидат психологических наук, докторант Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова; профессор кафедры общей и социальной психологии Института Дружбы народов Кавказа (ladoyar@mail.ru)

Федорова Ирина Ивановна: кандидат медицинских наук, ассистент кафедры медицинской психологии и психотерапии Тюменской государственной медицинской академии (dremlia@mail.ru)

Харри Ада Исаковна: ассистент кафедры профилактики и гигиены стоматологических заболеваний Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Харькова Ольга Александровна: старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Северного государственного медицинского университета, Архангельск (harkovaolga@yandex.ru)

Хромов Антон Игоревич: младший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН (axromik@mail.ru)

Цыганкова Наталия Игоревна: старший преподаватель кафедры социально-педагогического образования Санкт-Петербургской академии постдипломного педагогического образования (ser588@mail.ru)

Челнокова Татьяна Павловна: Алтайский государственный университет, студент (tchelnokova88@mail.ru)

Чермянин Сергей Викторович: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина

Чернышева Алла Витальевна: Курский государственный медицинский университет, соискатель (AlIA4@bk.ru)

Чудиновских Анатолий Геннадьевич: кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург (chag@yandex.ru)

Щелкова Ольга Юрьевна: доктор психологических наук, заведующая кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета (i-am-the-god@yandex.ru)

Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (eidemiller_marо@mail.ru)

Яворская Алина Григорьевна: Белгородский государственный университет, кафедра общей и клинической психологии, бакалавр (alina2312@yandex.ru)

Smith Larissa Y.: M.S.; C.D.S. EI program of Illinois, Glencoe, IL USA (психолог, Программа раннего вмешательства, г. Гленко, шт. Иллинойс, США)