

ISSN 1993-1298



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИЕ ПСИХОЛОГИИ ЧАВАШ ХЫПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



8

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

Психиатрипе психологин чăваш хытарçи
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology

РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

№ 8

Чебоксары
2012

Рецензируемый научно-практический журнал Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов

Председатель редакционного совета

А.Б. КОЗЛОВ (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет:

А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург, Россия)

С.А. ИГУМНОВ (Минск, Белоруссия)

К.А. ИДРИСОВ (Грозный, Россия)

Е.Н. КАДЫШЕВ (Чебоксары, Россия)

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург, Россия)

А.М. КАРПОВ (Казань, Россия)

В.Н. КРАСНОВ (Москва, Россия)

С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс, Литва)

Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе, Таджикистан)

С.А. НУРМАГАМБЕТОВА (Алма-Ата, Казахстан)

Г. РЕЗВЫЙ (Тромсё, Норвегия)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

А.А. ЧУРКИН (Москва, Россия)

К. ШТУППЕК (Зальцбург, Австрия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск, Украина)

Главный редактор

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

И.Е. БУЛЫГИНА (редактор раздела «Наркология»)

Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР (технический редактор)

А.В. ГОЛЕНКОВ (зам. главного редактора,
редактор раздела «Психиатрия»)

А.Н. ЗАХАРОВА (редактор раздела «Психология»)

Ф.В. ОРЛОВ (ответственный секретарь,
редактор раздела «Психотерапия»)

Адрес редакции

Россия, 428015, Чувашская Республика,
г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6

Тел./факс: (8352) 58 03 83

Электронная почта: pzdorovie@bk.ru

Электронная версия: http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28784

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2012

Чăваш психиатрĕсемпе наркологĕсен,
психотерапевчĕсемпе психологĕсен
ассоциацийĕн клиника практикипе
ăслăлăх рецензиленĕ кăларăмĕ

Редакци канашĕн пуçлăхĕ

A.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

Редакци канашĕ

A.A. АЛЕКСАНДРОВ

(Санкт-Петербург)

C.A. ИГУМНОВ (Минск)

K.A. ИДРИСОВ (Грозный)

E.N. КАДЫШЕВ (Шупашкар)

B.D. КАРВАСАРСКИЙ

(Санкт-Петербург)

A.M. КАРПОВ (Хусан)

B.H. КРАСНОВ (Мускав)

C. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс)

D.M. МУХАМАДИЕВ (Душанбе)

C.A. НУРМАГАМБЕТОВА

(Алма-Ата)

A.Ф. СОГОЯН (Ереван)

Г. РЕЗВЫЙ (Тромсё)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)

A.B. ХУДЯКОВ (Иваново)

A.A. ЧУРКИН (Мускав)

K. ШТУППЕК (Зальцбург)

C. ЭВАНС (Нью-Йорк)

L.N. ЮРЬЕВА (Днепропетровск)

Тĕп редакторĕ

E.L. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

Редакци ушкăнĕ

I.E. БУЛЫГИНА

D.V. ГАРТФЕЛЬДЕР

A.V. ГОЛЕНКОВ

(тĕп редактор çумĕ)

A.H. Захарова

Ф.В. ОРЛОВ (яваплă секретарĕ)

Редакци вырăнĕ

Раççей, 428015, Чăваш Республики,

Шупашкар хули, Пирогов ур., 6

Тел./ факс: (8352) 58 03 83

E-mail: pzdorovie@bk.ru

http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28784

Peer reviewed research and clinical practice
journal of the Chuvash association
of psychiatrists, narcologists,
psychotherapists, psychologists

Chairman of Editorial Council

A.B. KOZLOV (Cheboksary)

Editorial Council

A.A. ALEKSANDROV

(St. Petersburg)

G. CHRISTODOULOU (Athens)

A.A. CHURKIN (Moscow)

S. EVANS (New-York)

K.A. IDRISOV (Grozny)

S.A. IGUMNOV (Minsk)

E.N. KADYSHEV (Cheboksary)

A.M. KARPOV (Kazan)

B.D. KARVASARSKY

(St. Petersburg)

V.N. KRASNOV (Moscow)

A.V. KHUDIAKOV (Ivanovo)

S. LESINSKIENE (Vilnius)

D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)

S.A. NURMAGAMBETOVA

(Almaty)

G. REZVY (Tromsø)

A.F. SOGOYAN (Yerevan)

C. STUPPÄCK (Salzburg)

L.N. YUR'YEVA (Dnepropetrovsk)

Editor-in-Chief

E.L. NIKOLAEV (Cheboksary)

Editorial Board

I.E. BULYGINA

D.V. HARTFELDER

A.V. GOLENKOV

(deputy editor)

F.V. ORLOV (executive editor)

A.N. ZAKHAROVA

Editorial office

6 Pirogova ul., Cheboksary

Chuvash Republic 428015 Russia

Tel./ fax: +7 (8352) 58 03 83

E-mail: pzdorovie@bk.ru

http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28784

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора	6
--------------------	---

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<i>А.В. Васильева, В.В. Бочаров, Д.М. Сарайкин</i> Мотивация и качество жизни при невротических и личностных расстройствах	8
<i>В.Т. Лекомцев, Т.Ю. Овчинникова, О.А. Волкова, С.Я. Сюрсин, Ю.С. Никитина, Е.О. Невоструева</i> Структурно-динамический анализ этиологических факторов при эпилепсии	25
<i>В.А. Шемет, В.А. Карпюк</i> Особенности эмоционального интеллекта, качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией	35
<i>Н.А. Шифнер, А.Е. Бобров, М.А. Кулыгина</i> Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов	43

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

<i>Е.В. Калинина</i> Роль психотерапевтической службы в выявлении впервые возникших психических расстройств	62
<i>Г. Резвый, Т. Сёрли</i> Структурированное диагностическое интервью для выявления психических расстройств врачами общей практики (<i>на английском языке</i>)	71
<i>В. Рутц</i> Инновационные подходы к охране здоровья населения: в фокусе внимания – личность	77

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

А.В. Голенков, С.А. Сафронов

Опрос родственников психически больных
об электросудорожной терапии: осведомленность и оценки 88

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

Система многоуровневой адаптации личности при болезни 93

С.А. Петунова, Е.Л. Николаев

Оценка эмоционального благополучия безработных
в процессе вторичной профессионализации 105

А.И. Чиждова

Клинико-психологические аспекты
патогенеза соматоформных расстройств 110

А.И. Чиждова

Особенности личности больных
с соматоформными расстройствами 123

ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

А.И. Евстигнеев

Базисные понятия антропологических наук
в целостном мировоззрении 130

Г.-О. Томасхофф

Искусство и мозг (*на английском языке*) 137

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

Памяти Александра Борисовича Козлова 147

История и настоящее
профессионального сообщества психиатров Чувашии 149

Полстолетия на службе психического здоровья Чувашии 152

Психотерапевтической службе Чувашии – четверть века 159

По итогам работы V съезда
Российского психологического общества 165

Новые диссертационные работы по проблемам
психического здоровья, выполненные в Чувашии 185

Рефераты текущих публикаций
(на русском, чувашском и английском языках) 186

Информация для авторов 205

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемый читатель!

В восьмом номере нашего Вестника актуальные вопросы охраны психического здоровья населения представлены работами ученых из Санкт-Петербурга и Беларуси, посвященными изучению качества жизни и связанных с ним характеристик личности и социального функционирования у больных с пограничным и психотическим уровнями психических расстройств. И это не удивительно, так как вопросы качества и управления качеством сегодня очень злободневны не только в медицине, но и во многих других сферах нашей жизни. Крайне важными в психиатрии остаются вопросы этиологии психических расстройств. Удмуртские коллеги на большом фактическом материале проводят структурно динамический анализ этиологических факторов эпилепсии, результаты которого подробно описаны в той же рубрике. Московские исследователи знакомят нас с клиникой и динамикой расстройств адаптации, которые в совокупности с другими пограничными психическими расстройствами являются одной из частых причин заболеваемости и нетрудоспособности студентов.

Оригинальный взгляд на развитие служб охраны психического здоровья населения содержит работа известного специалиста в области шизофрении, депрессии, профилактики суицидов и общественного здоровья В. Рутца (Швеция – Германия). Настало время, по его мнению, для развития личностно-центрированного подхода к охране здоровья. Наши авторы из университета Тромсё (Норвегии) в своей статье не только предлагают, но и обосновывают использование семейными врачами специального диагностического интервью, помогающего выявлению психических расстройств на уровне первичной медицинской сети. Данной работой помимо семейных врачей занимаются также врачи-психотерапевты, роль которых в выявлении

впервые возникших психических расстройств в Чувашии раскрывается в статье Е.В. Калининой.

Статьи нашей следующей рубрики посвящены клинико-психологических проблемам кардиологической клиники, личности больного с соматоформными расстройствами; вопросам психоэмоционального благополучия безработных в условиях профессиональной переподготовки, отношения родственников больных к электросудорожной терапии.

Нашу постоянную рубрику "Перекресток культур", посвященную междисциплинарным исследованиям, открывает работа дискуссионного характера, в которой её автор, А.И. Евстигнеев из Украины, представляет свой духовный взгляд на современные науки о человеке. Наш австрийский коллега из Вены Х.-О. Томасхофф представляет на суд читателя свои размышления о взаимосвязях между мозгом как биологической и психологической структурой и развитием искусства в человеческом обществе.

Уходящий год оказался богатым на разнообразные события, которые отражены в заключительной рубрике номера. Печально, что так рано ушли из жизни крупный организатор психиатрической службы Чувашии А.Б. Козлов, которого нам всем не хватает, и известный российский психиатр проф. А.А. Чуркин, который многие годы плодотворно сотрудничал с Чувашией. Но жизнь идёт дальше, защищаются новые кандидатские и докторские диссертации, в том числе по проблемам психического здоровья. Этот год также является юбилейным для сообщества психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов республики. Исполняется 50 лет Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов. Ровно 50 лет назад была открыта Республиканская психиатрическая больница в Чебоксарах. 25 лет назад в Чебоксарах был организован Республиканский психотерапевтический центр, что можно считать началом деятельности структурированной психотерапевтической службы Чувашии.

Надеемся, что и в этом году Вы остаетесь с нами!

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

МОТИВАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

А.В. Васильева, В.В. Бочаров, Д.М. Сарайкин

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург*

Программа IPPP Всемирной психиатрической ассоциации от 2005 года предполагает, что основной мишенью для фармакологических и психотерапевтических воздействий является личность пациента и особенности его индивидуального функционирования в обществе. В её рамках существует концепция диагноза, определяемого как интеграция позитивных и негативных аспектов здоровья в их взаимодействии внутри жизненного контекста личности (Mezzich J.E., 2005). Качество жизни является одним из базовых понятий личностно-ориентированной психиатрии, наряду с теорией о сохранных здоровых ресурсах патологически измененной личности (Ammon G., 1988; Schmolke M., Lecic-Tosevski D., 2003). Так называемый личностно-ориентированный интегративный диагноз (PID) включает изучение качества жизни и будет изменяться во времени с учётом текущего состояния больного в его "объективных" и "субъективных" показателей. Неоднократно отмечалась необходимость анализа и оценки социального окружения больного, его независимости, потребностей, духовной сферы, удовлетворенности общим качеством своего здоровья (Фурст Дж.Б., 1957; Кабанов М.М., 1985; Sartorius N., Gaebel W., 2002, и др.). На данный момент термин "качество жизни" используется чрезвычайно широко и является следствием применения биопсихосоциального подхода к вопросам болезни и здоровья (Engel G.L.,

1979) и принципа партнерства в терапии (Ammon G., 1969; Кабанов М.М., 1998). Изначально ВОЗ определила "здоровье" как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или ограничения способности. К настоящему времени ВОЗ гораздо чаще, чем раньше, использует понятие "качество жизни" и определяет его как "восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами". В это определение входит также уровень способности индивида к развитию. В клинической медицине понятие "качество жизни" стало применяться с 1977 г., заявленное в Index Medicus. К настоящему моменту проведено большое количество исследований, связанных с качеством жизни, в различных отраслях медицины, в том числе в психотерапии и психофармакотерапии (Бурковский Г.В., 1997; Коцюбинский А.П., 2004; Михайлов В.А., Громов С.А., 2004; Kuyken W., 1994, и др.).

Одним из важных методологических вопросов, связанных с качеством жизни, является его оценка с точки зрения "субъективных" и "объективных" показателей. В рамках "субъективного подхода" качество жизни может рассматриваться как субъективное восприятие индивидом своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, потребностей и ожиданий (Гурович И.Я., Шмуклер А.П., 1998). В отличие от объективных показателей функционирования человека в жизни с точки зрения общественных норм субъективные индикаторы пытаются установить относительную важность различных сфер жизни для каждого индивида в терминах его собственной "субъективной нормы" (Parsons T., 1967). К.А. Menninger считал важным описывать состояние жизни больного в его "личных терминах": ощущение счастья, позитивная оценка своих социальных отношений, удовлетворенность и т.д. (1971). J. Brandstädter (1982) отмечал, что объективные критерии здоровья часто культурально обусловлены, и их бывает недостаточно для понимания "ценностного смысла болезни самим больным". В рамках второго подхода (Коцюбинский А.П., 2004) большее внимание уделяется "объективным характеристикам качества жизни". В

качестве варианта третьего подхода R. Lutz (1995) предложил рассматривать понятие "здоровье", "болезнь" и "самочувствие" как независимые величины, предлагая разделять критерии объективной (нормативной) и субъективной (личностно-мотивационной) картины функционирования организма. Внешние условия среды, её качество должны анализироваться как осмысленная ситуация, имеющая не только общественный, но и субъективный аспект (Bandura A., 1975). J.R. Elkinton (1966), описывая качество жизни, отмечает, что гармоничные отношения человека с самим собой должны в норме сочетаться с адаптивными социальными отношениями, в которых он состоит.

Важность изучения связи мотивации с восприятием внешних условий неоднократно подчёркивалась в рамках различных подходов. Поскольку мотивация является динамическим звеном личности, она связана и с формированием границ "Я" (Jacobson E., 1971). Именно эти границы отвечают за то, каким образом индивид взаимодействует со средой и субъективно оценивает эту среду (Хартманн Х., 2002). Ж. Пиаже (1975) убедительно показал, что в организации восприятия жизненного пространства, условий любой деятельности и жизни вообще ведущую роль играет смысловая нагрузка этой среды личностным смыслом. С.Л. Рубинштейн подчеркивает важность понимания базового единства человека и среды, в которой он функционирует (1998). Ж. Нюттен (2004), полагал, что адаптация человека к условиям жизни и его оценка этих условий представляют собой постоянное мотивационное согласование. А.Н. Леонтьев (2004) подробно описывает трансформацию потребностей разного порядка в мотивы и цели и подчеркивает роль смысла в оценке и регуляции деятельности. А. Адлер (1995) в своей работе по изучению образа объекта потребности отмечает, что характеристики жизненной среды, чрезмерно ограничивающие поле деятельности, противостоящие потребности в развитии, рождают потребность в агрессивном обращении с объектами этой среды. О необходимости изучать связь мотивации и субъективно воспринимаемой индивидом характеристики среды говорил также Х. Хекхаузен (1986). Изменение соотношений условий жизни и личностных ресурсов способно вызывать напря-

жение в личностно-мотивационной системе, которое может проявиться и как симптом, изменяющий в свою очередь восприятие среды (Parsons T., 1967). Некоторые исследователи (Gollwitzer P., 1996) выделяют в качестве одной из мотивационных фаз оценку своих действий по изменению условий среды и оценку этих условий. По сути, эта оценка также может являться отдельным блоком для описания качества жизни. Связь мотивации и качества жизни можно рассматривать и с точки зрения концепции отношений В.Н. Мясищева, как комплекс отношений личности к своему функционированию и внешним требованиям. Качество жизни имманентно присутствует в теории отношений как внутренняя оценка объективных условий. В этом случае мотивация, как предпочтение определенных отношений и оценка этих отношений, играет ведущую роль.

Таким образом, представляет интерес рассмотрение взаимосвязи многомерной оценки пациентов с различным уровнем организации личности, невротическим и пограничным, своего качества жизни и взаимосвязи этой оценки с составляющими мотивационной структуры. Полученные данные могут использоваться для более целенаправленного планирования психотерапевтических интервенций.

Целью проведенного исследования явился анализ предполагаемой нами взаимосвязи характеристик мотивации и показателей качества жизни у больных с разным уровнем нервно-психической патологии. Для достижения поставленной цели был использован качественный клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический (корреляционный) анализ. Применялись проективный тест мотивационной индукции ММИ Ж. Нюттена, опросник качества жизни ВОЗ КЖ-100, клиническое интервью.

Исследуемая выборка составила 120 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии СПб НИПНИ имени В.М. Бехтерева, с одинаковой долей мужчин и женщин. Возраст испытуемых варьировался от 20 до 50 лет, средний возраст по выборке составил 36 лет. Уровень образования всех испытуемых был не ниже среднего. Критерием формирования сравниваемых групп выступили: согласие

больных на проведение исследования и регистр заболевания (невротические и личностные расстройства). Все испытуемые имели верифицированный диагноз (модули F4 и F6 МКБ-10).

Корреляционный анализ проводился отдельно в каждой группе. Анализу подверглись показатели методики КЖ-100 (основные сферы и показатель общего качества жизни и состояния здоровья) и показатели методики ММИ.

В результате анализа обнаружены корреляции между показателями качества жизни методики КЖ-100 и мотивационными характеристиками методики ММИ (табл. 1, 2).

Таблица 1

Корреляции показателей качества жизни и мотивационных характеристик в группе больных с невротическими расстройствами

Показатели качества жизни КЖ-100	Мотивационные характеристики ММИ	Коэффициенты корреляции и уровень значимости
Физическая сфера	Экзистенциальные категории	$r = -0,420; p < 0,05$
	Интимный контакт	$r = 0,365; p < 0,05$
	Фиксация на ситуации тестирования	$r = -0,385; p < 0,05$
	Неудовлетворенность профессиональной деятельностью	$r = -0,405; p < 0,05$
Духовная сфера	Самореализация	$r = -0,401; p < 0,05$
Социальные взаимоотношения	Интенсивность	$r = 0,422; p < 0,05$
Окружающая среда	Психическое самосохранение	$r = 0,478; p < 0,05$
Уровень независимости	Самореализация	$r = 0,410; p < 0,05$
Психологическая сфера	Нереалистичные желания	$r = -0,382; p < 0,05$
	Самореализация	$r = -0,451; p < 0,05$
Общее качество жизни и состояние здоровья	Экзистенциальные категории	$r = -0,361; p < 0,05$
	Самореализация	$r = -0,467; p < 0,05$

Таблица 2

Корреляции показателей качества жизни и мотивационных характеристик в группе больных с расстройствами личности

Показатели качества жизни КЖ-100	Мотивационные характеристики ММИ	Коэффициенты корреляции и уровень значимости
Физическая сфера	Получение опыта	$r = 0,403; p < 0,05$
	Обладание объектом	$r = 0,446; p < 0,05$
	Фиксация на ситуации тестирования	$r = 0,403; p < 0,05$
Духовная сфера	Обладание объектом	$r = 0,408; p < 0,05$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,478; p < 0,05$
Социальные взаимоотношения	Контакт вне эмоционального контекста	$r = 0,445; p < 0,05$
Окружающая среда	Контакт вне эмоционального контекста	$r = 0,607; p < 0,05$
Уровень независимости	Обладание объектом	$r = 0,406; p < 0,05$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,404; p < 0,05$
Психологическая сфера	Обладание объектом	$r = 0,505; p < 0,01$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,411; p < 0,05$
Общее качество жизни и состояние здоровья	Обладание объектом	$r = 0,502; p < 0,05$
	Коррекция тестового материала	$r = 0,478; p < 0,05$

Рассмотрим полученные корреляции между показателями качества жизни (основных сфер) и мотивационными характеристиками отдельно для каждой группы.

Качество физической сферы включает в себя оценку больным своей активности и жизненной энергии, удовлетворенность отдыхом и т.д. Как видно в табл. 1, качество физической сферы в группе невротических расстройств положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "интимный контакт" и отрицательно – с характеристиками "экзистенциальные категории", "неудовлетворенность профессиональной деятельностью",

"фиксация на ситуации тестирования". Удовлетворенность качеством своего физического самочувствия (в том числе отсутствие вегетативных и психосоматических симптомов) у данной категории больных, вероятно, связана с включённостью в целенаправленные рабочие отношения, способностью переносить широкий спектр фрустрирующих ситуаций без переживаний тотальной опустошенности, выраженных депрессивных жалоб и озабоченности вопросами экзистенциального характера. Так, больной А., описывая вегетативные компоненты тревоги (головокружение, дрожь) отмечает, что *"это пугает, но я всё равно кое-как хожу на работу, иногда это даже помогает..., возьму себя в руки и терплю..., болеть особо некогда, а то еще и другие проблемы начнутся"*. Больная Н. схоже описывает свои проблемы: *"накатывает что-то, но я всё повторяю себе, что это не конец света, девчонки на работе подбадривают..., чаю с ними попьешь, отработаешь, и полегче, повеселее"*. Используя свои симптомы, эти больные удерживают значимых других рядом с собой, в этом случае близкие (в том числе и интимные) отношения являются своего рода "гарантом от надвигающейся катастрофы". И наоборот, способность вступать в близкие доверительные отношения является важным критерием невротически структурированной личности.

Можно говорить о том, что при блокаде данных мотивационных потребностей эти пациенты склонны фиксироваться на вегетосоматических проявлениях тревоги и внутреннего напряжения, используя физическое недомогание для "патологической адаптации" к неблагоприятной ситуации, выбирая социальную роль больного, снимая таким образом с себя ответственность за исход ситуации. Сам по себе симптом может выполнять важную социально-коммуникативную функцию, выступая в качестве транзитного объекта, обеспечивающего установление отношений со значимыми другими.

В группе личностных расстройств этот показатель положительно коррелирует с мотивационными характеристиками "получение опыта", "обладание объектом" и "фиксация на ситуации тестирования". Можно считать, что новые ощущения и переживания в ряде случаев играют роль "обезболивающего", больные

могут механически переключаться на что-то необычное. Больная К. рассказывает, что *"путешествия с парнем на море всегда успокаивали..., ни разу не болела там..., было много нового, и я была наполнена"*. Она же отмечает, что *"по возвращении в наш серый Питер мне сначала было скучно, а потом опять закрутились в голове эти болезненные мысли"*. Можно предположить также, исходя из некоторых психодинамических концепций, что, испытывая болезненные чувства в соматической или психосоматической сфере, больной на какой-то момент получает подтверждение, что он существует. В этом случае сама попытка выстроить свои внешние границы, вызванная физическим дискомфортом, выступает в роли нового опыта. Вопросы удовлетворенности своим физическим самочувствием у данной категории больных приобретают особую значимость. Пациент может отыгрывать свое бессилие перед многочисленными соматическими жалобами, анализировать свое физическое состояние, скрыв (сознательно или бессознательно) за этими жалобами, подчас развернутыми и многочисленными, свои внутренние переживания. В ситуации тестирования такие пациенты фиксируются на вопросах "головной боли", "дрожи", "холода". Больная В. рассказывает: *"я чувствую... странные ощущения в груди", "мы поссорились и у меня затряслись руки"*, не имея возможности дать ощутить себе те реальные чувства и фантазии, которые у нее были на эти моменты. Связь с обладанием объектом, вероятно, говорит о выраженных симбиотических компонентах в личностно-мотивационной структуре.

Общее качество жизни в группе невротических расстройств отрицательно коррелирует с мотивационными характеристиками "экзистенциальные категории" и "самореализация". Вероятно, локально очерченный невротический конфликт (и симптом) в некоторой мере компенсируется "экзистенциально" у таких больных близким окружением, привязанностями, обязательствами. В этом случае "затопления" негативными эмоциями и фантазиями всей жизненной сферы не происходит, существуют свободные от конфликта и зоны "Я" и социальные аспекты. Больные во время беседы часто говорят: *"я болею, но у меня есть и много хорошего"*, *"паника мешает работать, но в семье"*

мне спокойно", "мне мешает тревога, но я зарабатываю деньги, и уже это меня поддерживает, жена опять же". Больной А. так завершает одно из обследований: *"короче, у меня есть проблема, но не всё же тотально плохо"*. Чем меньше ориентирован больной на реализацию своих планов и замыслов, тем меньше он будет удовлетворен общим качеством своей жизни, и тем большую выгоду от своего состояния будет получать.

В группе личностных расстройств показатель общего качества жизни положительно коррелирует с мотивационными характеристиками "обладание объектом" и "коррекция тестового материала". Можно предположить, что уровень удовлетворенности такими больными качеством своей жизни базируется на принципе удовольствия. Отсутствие значимого объекта, вследствие неразвитой способности переносить напряжение и давление разнонаправленных потребностей, сопровождается активацией примитивных защит. В этом случае все психические силы идут на поддержание этих защит и построение фантазий, при этом сама ситуация не изменяется. Вследствие работы этих механизмов больные часто ощущают опустошенность, усталость, *"всё бесит, вокруг пустота, напряжение большое... вроде бы и делаешь что-то, а лучше не становится"*. Больная М., рассказывая о сексуальном партнере, говорит: *"если я его потеряю, всё не имеет смысла"*. Так же она говорит о возможности потери работы, сниженной успеваемости и т.д. К тому же именно деструктивный характер взаимодействия с объектами, без учета существующих правил и условностей, намеренно упрощенный, основанный на отреагировании вовне, сопровождающийся обесцениванием других и игнорированием контекста отношений, и определяет привычное "хорошее" общее качество жизни больных этой категории. Второй вариант – это чрезмерное усложнение мотивационной схемы, её размытость, отражающая низкую дифференциацию внутренних структур. О.Ф. Кернберг (2000) так описывает эту ситуацию: *"жизнь здорового человека – это ад для психопата"*.

Духовная сфера качества жизни включает в себя имеющиеся духовные, религиозные и личные убеждения индивида. В группе невротических расстройств она отрицательно связана с

мотивационной характеристикой "самореализация". Переживания собственной адекватности, смысла жизни, экзистенциальных вопросов, вероятно, связаны с активной целенаправленной деятельностью "Я". Участвуя в процессах обмена социальной энергией, вступая в отношения с другими без выраженных деструктивных компонентов, больные этой категории, имея относительно сохранную личностную структуру, не фиксированы на вопросах конечности существования, одиночества, витальной экзистенциальной тревоги. И напротив, ограничительное поведение, разрыв контактов и отстраненная позиция усиливают тревогу, вызывают депрессивные переживания. В качестве примера можно привести слова больной А.: *"когда нужно кормить ребенка, работать, на курсы по вождению ходить, да еще и за собой следить, то нет времени на прочую ерунду, типа, откуда мы взялись и зачем всё это..., иначе можно действительно с ума сойти и сидеть в комнате днями, думать над всякими мудрыми вещами"*.

В группе больных с расстройствами личности духовная сфера положительно коррелирует с характеристиками мотивации "обладание объектом потребности" и "коррекция тестового материала". Вероятно, личные убеждения больных этой группы часто соотносятся с конечным обладанием чем-либо, а не процессом достижения желаемого. В этом случае промежуточные звенья, делающие осуществление их потребностей более адаптивным и учитывающим сложный социальный контекст, опускаются в силу их непереносимости. Больные часто повторяют: *"у меня просто это будет, вот увидите"*, *"если я захочу, то..."*. В этом находят свое отражение и их грандиозные фантазии. Больной М., например, строя планы на будущее, говорит: *"вот выйду отсюда, сразу появится девчонка нормальная, потом сразу работа подвернется..., я же всё правильно делаю"*. Больной Н. так комментирует причины своего обращения в клинику: *"сильные люди имеют то, что хотят – это как закон..., когда чего-то нет, то нужно разгрузиться, и мне здесь для этого делают капельницы"*. Как уже предполагалось ранее, в случаях с показателем "коррекция тестового материала" речь идёт об игнорировании важных социальных смыслов, нечувствительности к эмоциональному контексту си-

туаций. Духовные убеждения (более или менее осознаваемые и оформленные) сводятся к обесцениванию объекта, намеренному упрощению ситуаций, недостаточной восприимчивости к условиям и социальным ролям. Например, больной М. так описывает свои "понятия" и свои "законы": *"если что-то не нравится, то это неправильно..., понравилась женщина – бери её..., не понял что-то – и не надо, надо просто делать"*. И добавляет: *"это мой закон"*. З. Фрейд в своей работе об изучении характера (1908) считал базовой характеристикой личностных расстройств неуспешную социализацию инстинктивных побуждений, мотивов (Фрейд З., 1991). О. Фенихель (2004) отмечал, что уровень нарушения "Я", его личностно-мотивационных структур при расстройствах личности может давать настолько дезадаптивное поведение и способы оценки реальности, которые выглядят порой как предпсихотические.

Социальные взаимоотношения как показатель качества жизни включают в себя личные отношения, оценку социальной поддержки и близкие контакты. Как видно в табл. 1, в группе невротических расстройств он положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "интенсивность". Вероятно, у больного в период декомпенсации может нарастать эмоциональная и (или) экономическая зависимость от ближайшего окружения. По мере увеличения выгоды от болезни у пациента может утрачиваться способность дифференцировать эти отношения, выносить напряженность в них. На место относительно зрелых взаимоотношений могут выходить нереалистичные, фантазийные, с требованием "постоянной заботы", "вечной верности". Так, например, больная Е., описывая свои отношения с мужем, говорит: *"всегда очень бурно реагировала на поведение мужа..., на то, как со мной общались друзья..., часто плакала, если на меня повышали голос или хамили"*.

В группе личностных расстройств этот показатель положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "контакт вне эмоционального контекста". Больные этой категории часто говорят об "ощущении пустоты в жизни", "жизни по привычке", "одиночестве", "непонятной скуке". Г. Аммон (1971) отмечает, что в социально-аффективный обмен строится на искреннем ин-

тересе к другому человеку, с серьёзным отношением к его потребностям. Часто формализуя контакт, не учитывая социального контекста, следуя деструктивным сценариям взаимодействия, скрываясь за защитным фасадом, больные исключают себя из процессов обмена социальной энергией, лишаются связей. Постепенно у больного накапливаются подтверждения собственной неэффективности, от которых всё труднее защищаться.

Психологическая сфера как показатель качества жизни включает в себя образ тела и внешность, эмоциональную жизнь, познавательные функции, самооценку и т.д. В группе невротических расстройств, как видно в табл. 1, этот показатель отрицательно коррелирует с мотивационными характеристиками "нереалистичные желания" и "самореализация". Клинической иллюстрацией к данной корреляции могут быть слова больного В.: *"решил вот найти себе девушку..., приходится и более смелым быть, и на дискотеку сходил рядом с домом, и у друга спросил совета..., потому что если просто сидеть и мечтать об этом, то, в конце концов, останешься один и никакой девушки"*. Ощущению психологического дискомфорта способствуют нереалистичные фантазии и ожидания, повышенные требования к окружающим или к себе. Чем менее реальные цели больные ставят перед собой, занимая пассивную позицию, тем с большим напряжением сталкиваются. Больная М. комментирует свою "мечтательность" так: *"на днях вдруг поняла, что нужно просто где-то нормально работать, а не искать того, кто бы меня обеспечил..., столько времени потратила на ожидание – такой нервной стала"*. Необходимо отметить, что нарастающая выгода от своего состояния способствует повышению пассивности больного. Чем более пассивную, "больную" роль он занимает, тем меньше он включен в реальные планы преобразования окружающего, тем в меньшем числе сфер может самореализоваться. На первое место в психической жизни могут начинать выходить жалобы и симптомы.

В группе личностных расстройств психологическая сфера качества жизни имеет положительные корреляции с мотивационными характеристиками "обладание объектом потребности" и "коррекция тестового материала". Ощущение благополучия, как

уже упоминалось выше, у больных этой категории, связано как с необходимостью "обладать объектом". Больные, как уже указывалось, часто повторяют: *"у меня просто это будет, вот увидите"*, *"если я захочу, то..."* или (в период декомпенсации): *"если мне не дают чего-либо, если чего-то нет, то сердце не выдерживает"* (больная М.). Фактически речь идет о типичных для данной категории больных мотивационных тенденциях. Как уже говорилось, подразумевается непереносимость условностей, требования реальности могут вызывать интенсивную агрессивную реакцию.

Сфера качества жизни "окружающая среда" включает в себя оценку больным своей защищенности, качества оказываемой помощи, уровня доступных данных, финансовых ресурсов и т.д. Как видно в табл. 1, в группе невротических расстройств этот показатель имеет положительную корреляцию с мотивационной характеристикой "психическое самосохранение". Можно считать, что больные этой группы, имея ослабляющий их внутрипсихический конфликт, становятся более зависимыми от внешних условий. И наоборот, они могут изменять качество среды, в которой находятся, опираясь на относительно сохранную личностную структуру, а их самореализация в этом случае не несет в себе выраженных деструктивных импульсов. Это означает, что речь идет не о разрушении, а об изменении окружающего.

В группе личностных расстройств показатель удовлетворенности окружающей средой положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "контакт вне эмоционального контекста". Больные этой группы часто подчеркивают, что *"чтобы нормально жить, нужно отношения строить деловые..., жить из принципов полезности..."* (больной М.), *"всегда была крайне рациональной и поэтому обеспеченной, имела всё, что хотела, и мне завидовали все мои счастливые, но бедные подруги"* (больная А.), *"все живем и терпим друг друга только из выгоды, чувства выглядят часто мешающими"* (больной А.). Такие больные могут использовать других как "подлежащий опустошению ресурс" (Ammon G., 1988).

Уровень независимости включает в себя способность выполнять повседневные дела, зависимость от лекарств и лечения,

оценку больным своей способности функционировать без посторонней помощи и т.д. Как видно в табл. 1, в группе невротических расстройств он положительно коррелирует с мотивационной характеристикой "самореализация". Функции границ, идентичности и, следовательно, автономии при невротических расстройствах остаются относительно нетронутыми. Больной способен выстраивать противоречивые, но достаточно целостные объектные отношения, оценивать и принимать собственную роль в процессе дезадаптации. Так, больной В., описывая те изменения, которые с ним произошли, говорит: *"Не буду же я всю жизнь пить таблетки и за доктором ходить..., когда все рекомендации выполняешь, да еще и сам что-то делаешь, помогаешь себе сам, не раскисаешь, то и лечишь тебя проще"*. Больная О. так оценивает своё состояние: *"Когда настроишься сама, успокоишься, то это лучше, чем когда только лечишься"*. Эти больные только в период острой первичной декомпенсации, на фоне "пугающих и непонятных" симптомов, могут требовать постоянной поддержки, отрицая свою способность самим регулировать свое состояние, демонстрируя выраженную зависимость от врача и медицинского персонала.

В группе расстройств личности уровень независимости положительно связан, как и многие другие сферы качества жизни в этой группе, с двумя мощными мотивационными тенденциями: "обладание объектом потребности" и "коррекция тестового материала". Понятие независимости часто сводится у таких больных к декларативному фасадному поведению (так, больной М. отмечает, что *"всегда всё знал, поэтому был свободным вообще от всего"*, *"сам себе начальник, надо мной никого нет, никто не может указывать мне"*). Еще один вариант – обесценивание важности других (в том числе назначенного лечения и врача), упрощение отношений вследствие неумения считывать все многообразие взаимоотношений. Преобладание примитивных психологических защит, например, расщепления и обесценивания, может создавать у таких больных фантазии о собственной силе и свободе на фоне слабости и зависимости других. "Независимость" от лечения в этой группе может проявляться и в манипулировании врачом, обрывах терапии, нарушениях психотерапев-

тического контракта и границ отношений, лживости и прочих деструктивных тенденциях, когда больной перенесёт и в клинику привычные для себя мотивационные сценарии. Больной А. так поясняет своё "удовлетворение от своей жизни": *"Когда я мог чётко всем показать на их правильное место, у меня всё было хорошо. Но когда сталкиваешься с непониманием и тупым нежеланием людей, здоровье часто страдает"*.

Большее число корреляционных связей показателей качества жизни и мотивационных показателей в группе больных невротиками по сравнению с группой больных с расстройствами личности может означать, например, что больные с невротическими расстройствами используют большее число мотивационных ресурсов, достигая адаптации в среде, чем больные с расстройствами личности, и их критерии для оценки этой адаптации являются более гибкими. Как отмечают в своём руководстве к МКБ-10 В.Д. Вид и Ю.В. Попов, при расстройствах личности одним из важных неспецифических критериев является негибкое социальное поведение (2002).

Понятие "самореализация" в группе больных невротического уровня можно, вероятно, считать проявлением относительно целостной идентичности, как процесса постоянного поиска и развития (Ammon G., 1988), направленного на реализацию жизненных целей. В группе личностных расстройств важное место занимают категории "обладание объектом" (предметом потребности), "коррекция тестового материала" и "контакт вне эмоционального контекста". Как подчеркивают O.F. Kernberg (1981) и E. Goldstein (1981), больные с расстройствами личности всегда устанавливают с окружающими пустые искаженные отношения, если они вообще не блокируются. Оценивая качество своей жизни, эти больные часто употребляют в качестве критерия "хорошей среды" просто факт обладания желаемым (вне желания ставить промежуточные цели и испытывать "рабочее напряжение") и способность изменять среду по своему усмотрению, игнорируя в большинстве случаев социальный контекст, например, вследствие недостаточной интеграции структур Супер-эго (Jacobson E., 1964).

Литература

1. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Дайджест, 1995. 256 с.
2. *Бурковский Г.В., Кабанов М.М., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В.* Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы: Материалы междунар. конф. М., 1997. С. 171-177.
3. *Вид В.Д., Попов Ю.В.* Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002. 402 с.
4. *Гурович И.Я., Шмуклер А.П.* Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Соц. и клин. психиатрия. 1998. № 2. С. 35-39
5. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. 256 с.
6. *Кернберг О. Ф.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Класс, 2000. 458 с.
7. *Коцюбинский А.П.* Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб: Гиппократ плюс, 2004. 336 с.
8. *Леонтьев А.Н.* Деятельность, сознание, личность. М.: Смысл, 2004. 352 с.
9. *Мясищев В.Н.* Психология отношений // В.Н. Мясищев. Избр. психол. труды. Воронеж: МОДЭК, 2004. 400 с.
10. *Нюттен Ж.* Мотивация, действия и перспектива будущего. М.: Смысл, 2004. 608 с.
11. *Пиаже Ж., Фресс П.* Экспериментальная психология. Вып. 5. М.: Прогресс, 1975. 284 с.
12. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. СПб.: Питер, 1998. 705 с.
13. *Фенихель О.* Психоаналитическая теория неврозов. М.: Академ. проект, 2004. 848 с.
14. *Фрейд З.* Психоаналитические этюды. Минск, 1997. 506 с.
15. *Фурст Дж.Б.* Невротик: его среда и жизненный мир. М.: Изд-во иностр. лит., 1957. 374 с.
16. *Хартманн Х.* Эго-психология и проблема адаптации личности. М.: Ин-т общегуманит. исслед., 2002. 143 с.
17. *Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность. М.: Педагогика, 1986. 406 с.
18. *Ammon G.* Vorträge 1969-1988. München: Pinel Verlag GmbH, 1988. 442 S.
19. *Bandura A.* Social foundations of thought and actions. A social-cognitive theory. New Jersey, 1986. P. 617.

20. *Brandstädter J.* Kern- und Leitbegriffe psychologischer Prävention // J. Psychologische Prävention. Bern: Huber Verlag. S. 81-115.
21. *Elkinton J.R.* Medicine and the quality of life / J.R. Elkinton // *Annals of Internal Medicine.* 1966. Vol. 64. P. 711-714.
22. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model // *Am. J. Psychiatry.* 1979. Vol. 137. P. 535-544.
23. *Gollwitzer P.* Das Rubikonmodell der Handlungsphasen // *Enzyklopädie der Psychologie.* Ser. Motivation und Emotion. Bd. 4. Göttingen: Hogrefe. S. 427-468.
24. *Jacobson E.* The self and the object world // *The Psychoanalytic Study of the Child.* N.Y.: Int. Univ. Press, 1964. Vol. 9. P. 75-127.
25. *Jacobson E.* On the psychoanalytic theory of affects // *Depression.* NY: Univer. Press, 1971. P. 3-47.
26. *Kernberg O.F., Goldstein E.* Diagnosing borderline personality organization // *J. Nerv. and Ment. Disease.* 1981. Vol. 169. P. 225-231.
27. *Kuhl J.* The volitional basis of Personality Systems Interaction Theory: applications in learning and treatment contexts // *Int. J. of Educational Research.* 2000. Vol. 33. P. 665-703.
28. *Kuyken W. et al.* Quality of life assessment across cultures // *Int. J. Ment. Health.* 1994. Vol. 23. P. 5-27.
29. *Lutz R.* Zur Gesundheit bei Kranken // *Wie gesund sind Kranke?* / R. Lutz (Hrsg.). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1995. S. 11-24.
30. *Menninger K.A.* *The Human mind.* N.Y.: A. Knopf. 3 ed. 1971. P. 517.
31. *Mezzich J.E.* Positive health: conceptual place, dimensions and implications // *J. Psychopathology.* 2005. Vol. 38. P. 177-179.
32. *Parsons T.* Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur // *Der Kranke in der modernen Gessellschaft* / A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering, K. Horn (Hrsg.). Köln: Kiepenheuer und Witsch. S. 57-87.
33. *Sartorius N., Gaebel W.* *Psychiatry in Society.* John Wiley and sons, 2002. 304 p.
34. *Schmolke M., Lecic-Tosevski D.* Health promotion: an integral component of effective clinical care // *J. Dynamic Psychiatry.* 2003. Vol. 36. P. 221-319.

**СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
ПРИ ЭПИЛЕПСИИ**

**В.Т. Лекомцев, Т.Ю. Овчинникова, О.А. Волкова,
С.Я. Сюрсин, Ю.С. Никитина, Е.О. Невоструева**

*Ижевская государственная медицинская академия
Республиканская клиническая психиатрическая больница, Ижевск*

По мнению большинства эпилептологов [1-5, 7, 8, 10, 13, 15] причинами развития эпилепсии в разных возрастах являются: генетические причины (идиопатическая эпилепсия, липидозы, туберозный склероз), врожденные нарушения (нейрофиброматоз, ангиома), гипоксия при рождении (фебрильные судороги), черепно-мозговые травмы (ЧМТ при рождении, ЧМТ в подростковом и взрослом периодах, опухоли), инфекционные болезни (менингиты, энцефалиты, паразитарные заболевания), приобретенные расстройства метаболизма, алкоголь, дегенеративные расстройства. Так, по данным А. Hopkins, R. Appleton [15], причинами эпилепсии в США при перинатальных повреждениях эпилепсия наблюдается в 8,0 %, при травматических повреждениях – в 5,5 %, при сосудистых нарушениях – в 10,9 %, при опухолях – в 4,1 %, при инфекциях – в 2,5 %, при дегенеративных заболеваниях – в 3,5 %, идиопатическая и криптогенная эпилепсии – в 65,5 % случаев. С.П. Воробьев [4] приводит данные о возникновении при военной ЧМТ в 41,6 % случаев.

В связи с вышеизложенным задачей нашего исследования явилось изучение роли этиологических факторов у 508 больных эпилепсией, состоящих на учете в эпилептологическом кабинете республиканской клинической больницы. Единая этиологическая причина устанавливается в 67,0 % случаев, остальные 33,0 % приходятся на полиэтиологические причины заболевания эпилепсией. Статистические данные указывают, что свыше 80 % больных височной формой эпилепсии имеют травматическую природу заболевания, из которых 72 % приходится на травму, полученную в перинатальном периоде жизни, и что эта форма

наиболее раннего начала заболевания, до 94,2 % заболевают до 7-15-летнего возраста. Травматический генез заболевания преобладает также при джексоновской форме заболевания (61,5 %). При остальных формах эпилепсии этиологическим фактором заболевания чаще служили инфекции. Ревматизм, малярия, скарлатина часто осложняются базальными арахноидитами и способствуют дальнейшему развитию диэнцефальных и миоклонических форм эпилепсии. Аура выявлена у 29,1 % всех больных при височной форме у 79,5 %. Выраженные изменения личности отмечались при генерализованной и височной формах эпилепсии.

Если в литературе достаточно полно освещены вопросы этиологических причин, вызывающих развитие эпилепсии вообще, то совсем мало указаний на преобладающее значение той или другой инфекции или травмы в дальнейшем развитии определенной клинической формы этого заболевания.

J. Abadi [11] считал травму одной из самых частых причин эпилепсии. Исключительное место по частоте и важности занимает в этом отношении родовая травма. Большое значение придается длительной и тяжелой асфиксии новорожденных, которая в особо тяжелой форме проявляется у недоношенных детей. После родовых травм болезненные симптомы со стороны нервной системы наблюдаются большей частью уже с первых дней жизни ребенка. Так, отмечаются нарушения сосательного рефлекса, расстройства дыхания, ненормальная сонливость. Припадки в случаях родовой травмы возникают обычно рано, чаще на первом году или в первые месяцы жизни. Нередко наблюдается при этом и отсталость умственного развития. Все эти симптомы, их степень и глубина поражения зависят от тяжести родовой травмы. Чем грубее была выражена родовая травма, тем раньше появляются припадки и признаки деградации у ребенка. Легкие родовые травмы вначале могут себя ничем не проявлять, и только спустя много лет вторичные травмы или инфекции могут пробудить к действию дремавший очаг эпилептической активности. Характерной анатомической находкой в случаях родовой травмы, по мнению ряда авторов, является образование склеротической зоны в нижне-внутреннем отделе височной доли

В. Пенфилд с сотрудниками [12, 13] назвали это "инцизурным склерозом", так как, по их мнению, во время родов, очевидно, происходит выпячивание гиппокамповой извилины через вырезку мозжечкового намета, что и может приводить к последующим склеротическим изменениям. При родах происходит сдавливание артерии сосудистого сплетения, которая у новорожденных относительно крупна и питает крючок, аммонов рог, миндалевидное ядро, бледный шар, переднюю комиссуру, часть хвостатого ядра, зрительный тракт, зубчатую фасцию, наружное коленчатое тело, задние две трети внутренней капсулы, среднюю треть ножек мозга, иногда также черную субстанцию и внутренние ядра зрительного бугра. Кроме того, возможны и сдавливания вен, нарушающие венозный отток из височной доли. Вклинивание височной доли через инцизуру мозжечкового намета во время родов должно вызывать ишемию выпяченного крючка и гиппокамповой извилины и может сжать артерию сосудистого сплетения и ветви задней мозговой артерии, идущие к нижней поверхности височной доли.

В. Пенфилд с сотрудниками [14] изучили экспериментально механизм родовой травмы, причем оказалось, что если сдавить головку мертворожденного доношенного плода, то по прекращении сдавливания никакой грыжи не обнаруживается, очевидно, благодаря большой мягкости мозга и большой эластичности мозжечкового намета новорожденных у них легко происходит спонтанное расправление этого вклинивания. Наоборот, у недоношенного плода даже кратковременное сдавливание (в силу сниженного тургора и эластичности тканей) оставляет грыжевое выпячивание полностью не расправившимся. С другой стороны, длительное сдавливание, наблюдаемое при затяжных родах, даже у доношенного плода оставляет необратимые морфологические изменения, что впоследствии и приводит к "инцизурному склерозу".

Проведенные литературные данные [3, 4] по этиологическим особенностям височной формы эпилепсии указывают на преобладающее значение перинатальной травмы в дальнейшем развитии этой клинической формы. По нашим данным, 72 % клинически достоверных височных форм эпилепсии имеют в

анамнезе четко устанавливаемые дородовые и родовые травмы. Отсюда и понятно, какое огромное значение имеет "инцизурный склероз" для дальнейшего развития височной формы эпилепсии.

Немалое значение в этиологии эпилепсии занимают травмы, полученные в детском и взрослом состоянии. Особое место занимают эпилептические припадки, развивающиеся после черепной травмы у взрослых. Такие приступы возникают иногда непосредственно после ранения, иногда же они появляются значительно позже. На этом основании раньше такие травматические эпилепсии делили на ранние и поздние формы.

Эпилептические приступы развиваются приблизительно у $\frac{1}{4}$ всех лиц, получивших военную травму мозга, а у 30-35 % в тех же тыловых условиях, по М.Ю. Раппопорт, А.Я. Подгорной [9], у 33 % раненых. Причем этот показатель менялся по срокам ранения: чем позже исследовался больной после ранения, тем чаще наблюдались эпилептические приступы. Чрезвычайно важна роль различных инфекций в качестве этиологического фактора, вызывающего эпилепсию [4, 8, 13, 11]. Некоторые авторы наиболее важную роль отводят инфекциям детского возраста, причем их эпилептогенное действие тем более резко, чем в более раннем возрасте происходит такая инфекция.

Эти инфекции часто протекают в виде однодневного повышения температуры, их этиология нередко остается неизвестной, иногда они сопровождаются общими судорогами. Некоторые инфекции протекают бессимптомно или с легкой органической симптоматикой в виде стертых форм менингоэнцефалитов, после которых остаются липчивые арахноидиты или другие рентгенологические аномалии, свидетельствующие о том, что когда-то у такого больного было повышение внутричерепного давления. Остаточные явления этих детских инфекций могут на протяжении многих лет находиться в компенсированном состоянии и ничем себя не проявлять, а затем, при вторичных инфекциях или травмах, они обостряются и впервые вызывают фокальные или общесудорожные формы эпилепсии.

Кроме детских инфекций (кори, скарлатины, дифтерии), этиологической причиной эпилепсии могут служить и другие инфекции: сифилис, туберкулезный менингит, ревматизм, клещевой

энцефалит, пневмония, болезнь Лайма и др. Все эти инфекции часто дают осложнения в виде кистозно-слипчивых арахноидитов. Преимущественная локализация этих осложнений при ревматизме, туберкулезном менингите, клещевом энцефалите и скарлатине – базальные отделы головного мозга, что довольно часто накладывает свой отпечаток на характер клинической формы эпилепсии: диэнцефальной, миоклонической, височной.

В данной работе мы поставили задачу попытаться установить, какие этиологические причины преобладают в развитии той или другой клинической формы эпилепсии. Для этого мы тщательно проанализировали 508 историй болезней больных эпилепсией, находившихся на стационарном лечении и на учете в эпилептологическом кабинете. Причем нам только в 63 % случаев удалось установить с большей или меньшей вероятностью единую причину, вызвавшую развитие заболевания. В 37 % этиологические причины были множественные. В каждом конкретном наблюдении отмечались перенесенные ранее инфекции и травмы, которые, по-видимому суммируясь, в дальнейшем порождают образование эпилептогенного очага; последняя группа нами отнесена к полиэтиологической.

По клиническому течению заболевания и по локализации эпилептогенного очага, устанавливаемого компьютерной томографией и ядерно-магнитной томографией мы всех больных распределили по пяти клиническим формам эпилепсии: 1) генерализованная – с очагом в верхнестволовых образованиях, 2) височная – с очагом в височных долях, главным образом в их медиально-базальных отделах, 3) джексоновская – с корковыми очагами, 4) диэнцефальная – с очагом в гипоталамической области; 5) миоклоническая – с очагами в нижнестволовых образованиях и глубоких подкорковых узлах. Почти половина (48 %) всех наблюдений приходится на генерализованную форму, на эпилепсии с клинически выявленными судорожными приступами – 23,8 %, бессудорожными – 11,8 % и со смешанными – 12,4 %. На долю височной формы эпилепсии в среднем приходится 35 %, джексоновской – 11 %, диэнцефальной – 3,5 % и миоклонической – 2,5 %.

Заслуживают внимания сроки начала заболевания: если при височной форме наиболее ранние сроки заболевания приходится на возраст до года и 7-15 лет, когда заболевают этой формой эпилепсии более $\frac{3}{4}$ всех больных, то при генерализованной и других формах основная часть больных заболевает после 15 лет (65 %). До года, по нашим статистическим данным, заболевают только височной формой, главным образом перенесшие родовую травму. В силу малой жизнеспособности до взрослого состояния выживает среди них небольшой процент.

По срокам давности болезни основной процент приходится на больных с 5- и 10-летней длительностью заболевания, однако свыше 30 % наблюдаемых нами больных страдают эпилепсией 15-20 и более лет.

Наличие ауры характерно, прежде всего, для височной формы эпилепсии, и В. Пенфилд прав [14], когда предлагает в качестве дифференциально-диагностического критерия локализации патологического очага при психомоторных автоматизмах использовать наличие ауры как показатель височной локализации эпилептогенного очага. Однако, как показывают наши наблюдения, не при всех височных формах заболевания наблюдаются ауры, а только в 79,5 % наблюдений, в то время как общий процент аур при всех формах заболевания эпилепсией равен всего 29,1 %. Как видно, даже среди височных форм эпилепсии свыше 20 % аур в дальнейшем амнезируются. Статистический подсчет изменений личности у больных эпилепсией на нашем материале в 508 наблюдениях показывает, что изменения личности в виде характерологических и интеллектуальных нарушений встречаются чаще при двух клинических формах – генерализованной и височной, причем характерологические изменения личности в первой группе в слабой и выраженной степени наблюдаются в 47,7 %, нарушение интеллекта в 42,6 % и соответственно во второй (височной) группе – в 38,7 % и 45,5 % наблюдений.

В значительно меньшем числе наблюдений отмечены (в основном слабо выраженные) изменения интеллекта при джексоновской форме эпилепсии (25 %). Ни в одном наблюдении дизэнцефальной (18) и миоклонической (13) формы заболевания изменений личности нами не отмечено.

Нужно отметить, что четко устанавливаемая единая этиологическая причина заболевания нами могла быть определена только в 63 % наблюдений, а в 37 % эта причина была полиэтиологической. Примечательно, что если при генерализованной форме эпилепсии в $\frac{2}{3}$ наблюдений основной причиной заболевания являются перенесенные в прошлом инфекции (65,3 %), а травмы только в 32,2 %, то височные формы в 80,6 % являются следствием перенесенных травм, из которых $\frac{3}{4}$ относятся к травмам перинатального характера, а на долю инфекций приходится всего 19,4 %. Преобладание травматического генеза над инфекционным наблюдается также при джексоновской форме эпилепсии (соответственно 61,5 % и 38,5%).

При диэнцефальной форме в 10 наблюдениях причина полиэтиологична, в 2 – травматического и в 6 – инфекционного генеза. При миоклонической форме в 10 наблюдениях причина инфекционная и в 3 – полиэтиологическая.

Обращает на себя внимание также вопрос о сроках, перенесенных в прошлом травм, явившихся этиологическим фактором в развитии той или другой клинической формы эпилепсии. Если при генерализованной форме травмы, полученные во взрослом состоянии и вызвавшие в дальнейшем развитие эпилепсии, имеют большое значение (63,8 %), то при височной форме на травмы, полученные в перинатальном периоде и раннем детском возрасте, приходится 94,2 %. Это еще раз свидетельствует об огромном значении родовой травмы в дальнейшем развитии височных форм эпилепсии. При остальных формах полученные травмы равномерно распределяются по всем возрастным группам.

Статистический учет перенесенных в прошлом инфекций среди больных эпилепсией на первое место ставит корь и грипп (последняя инфекция отнесена нами в рубрику других инфекций), соответственно охватывающих 41,3 % и 51,2 % перенесших эти инфекции. Однако тщательный анализ показывает, что эти инфекции могут послужить первичной этиологической причиной в дальнейшем развитии эпилепсии только тогда, когда они осложняются коревыми или гриппозными менингоэнцефалитами, в остальных наблюдениях они попадают в группу поли-

этиологических заболеваний и не служат первопричиной заболевания. Второе по частоте место занимает скарлатина (21 %), которая довольно часто осложняется отогенными заболеваниями, влекущими за собой последующее развитие базальных арахноидитов, что и определяет наиболее частое страдание диэнцефальной и миоклонической формой эпилепсии при данной инфекции. Воспаление легких (после вышеуказанных гриппа, кори и скарлатины) занимает третье место (15,3 %) среди инфекций, перенесенных в прошлом больными эпилепсией. Причем у большинства больных отмечались повторные заболевания воспалением легких, что, по-видимому, имеет свое патогенетическое значение в образовании последующих очагов судорожной готовности.

Клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) и ревматизм наиболее часто являются причиной базальных арахноидитов и порождают развитие диэнцефальной или миоклонической формы эпилепсии. На нашем материале из 18 больных, страдавших диэнцефальной эпилепсией, 14 перенесли малярию или ревматизм, а из 13 страдавших миоклонической формой 12 перенесли эти инфекции, и у всех обнаруживались явления базальных кистозно-слипчивых арахноидитов.

Наличие выраженных органических симптомов, определяемых современными методами нейровизуализации, в виде кистозно-слипчивых процессов, арахноидитов, атрофии вещества и водянок, на нашем материале выявлялось в 90,5 % наблюдений, что еще раз подтверждает органическую природу данного заболевания.

Резюмируя данные представленного нами материала из 508 наблюдений больных эпилепсией, можно сделать следующие выводы:

1. Височная форма эпилепсии характеризуется ранним началом заболевания – свыше 75% больных заболевают до 15-летнего возраста. Решающим этиологическим фактором при данной форме является травма перинатального характера и травма, перенесенная в раннем детстве (94,2 %).

2. Генерализованная (верхнестволовой локализации) форма эпилепсии характеризуется более поздним началом заболевания

(после 15 лет – 30 % и после 25 лет – 35 %) и преобладающим этиологическим значением инфекций в развитии данной формы заболевания (65,3 %). Из инфекций ведущее место при данной форме отводится кори, гриппу, клещевому энцефалиту, скарлатине и отчасти ревматизму.

3. Травма мозга более часто (61,5 %), чем инфекция (38,5 %), служит этиологической причиной развития в дальнейшем джексоновской формы эпилепсии.

4. Ревматизм и клещевой энцефалит (отчасти скарлатина) являются частой причиной базальных арахноидитов, что влечет за собой дальнейшее развитие дизэнцефальных и миоклонических форм эпилепсии. На нашем материале из 18 больных дизэнцефальной эпилепсией 14 страдали ревматизмом или клещевым энцефалитом, а из 13 больных миоклонической формой – 12, что подчеркивает значимость этих инфекций при данных формах эпилепсии.

5. Наличие ауры при всех формах на нашем материале обнаруживается только в 29,1 % и даже при височной форме аура амнезируется в 20,5 % и четко устанавливается только в 79,5 % наблюдений.

6. Изменения личности в виде характерологических и интеллектуальных нарушений определяются только при генерализованной и височной формах.

7. Органическая природа заболевания устанавливалась при проведении нейровизуализационных методов (КТМ, ЧМТ) при эпилепсии в 90,5 % случаев.

Литература

1. *Абрамович Г.Б.* Роль возрастного фактора в клинических различиях эпилептических припадков // Проблемы психоневрологического детского возраста. М., 1964. С. 375-384.
2. *Болдырев А.И.* Эпилепсия у взрослых. М.: Медицина, 1984. 288 с.
3. *Воробьев С.П.* Особенности клинического течения эпилепсии при очаговых и диффузных арахноидитах головного мозга // Актуальные проблемы эпилепсии. М., 1967. С. 55-61.
4. *Воробьев С.П.* Этиологические и возрастные особенности височной эпилепсии // Эпилепсия (диагностика, нарушение обмена, лечение): тр. ЛНИПИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1971. Т. 58. С. 16-28.

5. *Карлов В.А.* Эпилепсия. М.: Медицина, 1990. 336 с.
6. *Котов С.В., Рудакова И.Г., Котов А.С.* Эпилепсия у взрослых. М.: Пульс, 2008. С. 17-26.
7. *Крайндлер А., Кригель Э., Стойка И.* Детская эпилепсия. Бухарест: изд. Акад. Румынской Народной Республики, 1963. С. 30-67.
8. *Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Миронов М.Б.* Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия: Справочное руководство для врачей. М., 2008. 223 с.
9. *Раппопорт М.Ю., Подгорная А.* Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. М., 1949. Т. 4. С. 210-219.
10. *Сараджшивили П.М., Геладзе Т.Ш.* Эпилепсия. М.: Медицина, 1977. 304 с.
11. *Abadie J.* Concepcion etiologique moderne sur epilepsie //Rev. Neurol. 1932. Vol. 4. P. 1049-1139.
12. *Earle K.M., Baldwin M., Penfield W.* Incicular scerosis and temporal lobe seizures produced by hippocampal hermiation at birth // Arch. Neurol. and Psychiatr. 1953. Vol. 69. P. 27-42.
13. *Halász P.* Seizure Disorders – An Etiological Approach // Эпилептология в медицине XXI века / под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт. М.: Светлица, 2009. С. 77-83.
14. *Penfield W., Flanigin H.* Surgical therapy of temporal lobe seizures // Arch. Neurol. and Psychiatr. 1950. 64 p.
15. *Hopkins A., Appleton R.* Epilepsy the Facts. Oxford; N.Y.; Tokyo, 1996. 206 p.

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ИНТЕЛЛЕКТА, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

В.А. Шемет, В.А. Карпюк

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

В настоящее время шизофрения – одно из наиболее инвалидирующих психических заболеваний. Особенностью шизофрении является ее долговременное воздействие на здоровье, связанное с высокой частотой рецидивов. Социальная дезадаптация в результате болезни, влекущая за собой инвалидизацию молодых и сохранных в физическом плане лиц ведет к огромным экономическим затратам общества [2]. Шизофрения имеет наибольший удельный вес среди других психических заболеваний в структуре госпитализированной заболеваемости пациентов с расстройствами психики и поведения. Говоря о затратах, связанных с шизофренией, необходимо отметить, что 16 % пациентов переносят только один эпизод заболевания с последующим полным восстановлением здоровья либо с незначительным или непродолжительным ухудшением состояния. Несколько эпизодов заболевания с последующим полным восстановлением здоровья либо с незначительным или непродолжительным ухудшением состояния переносят 32 % пациентов, 9 % – страдают длительными нарушениями, 43 % – отмечают стойкие, с возрастающей тяжестью, симптомы при отсутствии периодов полной ремиссии [2, 3].

Согласно актуальным представлениям и действующим классификациям психических и поведенческих расстройств нарушение социального функционирования является определяющей характеристикой шизофрении, сохраняющейся на всем протяжении болезни. При этом под социальным функционированием понимается способность осуществлять целенаправленную деятельность, поддерживать межличностные отношения, заботиться о себе. Социальное функционирование обусловлено социальным познани-

ем. Социальное познание – это способность конструировать представления о взаимоотношениях между людьми и гибко использовать их для управления социальным поведением [1, 5, 8].

Купирование острого состояния не решает проблемы интеграции пациента в общество. В современной психиатрии реализуется новая парадигма лечения шизофрении. Внимание психиатров фокусируется не на снятии симптомов, а на предупреждении рецидивов. Поэтому стандартом терапии становится долгосрочное последовательное ведение больного при минимизации обострений и достижении максимально возможного социального приспособления и качества жизни. Как следствие такого подхода, основной стратегией лечения пациентов с шизофренией является комплексный подход, сочетающий в себе индивидуально подобранную фармакотерапию и психотерапевтическое воздействие с целью повышения социального функционирования пациентов, минимизации социальной дезадаптации и предупреждения обострений заболевания. Следует отметить, что нарушение социального функционирования часто может существовать до начала болезни и является значимым предиктором прогноза шизофрении [8, 11].

Эффективное социальное познание невозможно без эмоционального процессинга. Еще со времен Е. Блейера известно, что одним из главных факторов дисфункционального поведения при шизофрении, не зависящим от культуральных условий, является эмоциональный дефицит. Как показали исследования, способность воспринимать эмоциональную информацию специфически нарушена при шизофрении [9, 11, 12]. У пациентов с шизофренией определяется дефицит распознавания невербальных эмоций. Для них характерны ограничение регуляции эмоций, их выраженная реактивность. Высокая чувствительность к эмоциональному стрессу связана с преобладанием аверсивных эмоциональных состояний и тенденцией к снижению позитивных эмоций. Нарушения эмоций не зависят от длительности заболевания и являются преморбидной особенностью пациентов с шизофренией. Установлено, что нарушения эмоционального распознавания являются важным фактором развития первого приступа шизофрении и последующих обострений болезни, в значительной степени влияют на успех проводимой терапии. Аномальные особенности

эмоционального процессинга устойчивы во времени, а значит, их можно рассматривать в качестве одного из predispositional и хронифицирующих психосоциальных (внутриличностных) факторов патогенеза шизофрении. Дефицит эмоционального процессинга является значимым предиктором нарушений социального функционирования пациентов с шизофренией, ограничивающим повседневное взаимодействие, играющим главную роль в формировании уязвимости к стрессу. Социальная дезадаптация при шизофрении во многом определяется факторами, существующими до клинической манифестации заболевания, среди которых выделяют когнитивную и аффективную составляющие. Неспособность адаптироваться к проявлениям болезни, частые рецидивы обусловлены и нарушением эмоционального процессинга, характерного для больных с шизофренией [9, 11, 12].

Особый интерес представляет изучение эмоционального интеллекта (ЭИ) у пациентов с шизофренией. В соответствии с моделью Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо (2002) эмоциональный интеллект представляет комплекс способностей, которые участвуют в осознании, понимании и контроле собственных эмоций и эмоций окружающих [4, 7, 10]. Эмоциональный интеллект описывает множество дискретных эмоциональных способностей: процессы восприятия и оценку эмоций, сравнение эмоций друг с другом и с другими понятиями и представлениями, понимание и рассуждения об эмоциях, использование этой информации в качестве основы для мышления и принятия решений, управление собственными эмоциями и эмоциями других и регулирование их. Эмоциональный интеллект является составной частью социального интеллекта [6]. Понимание и выражение собственных эмоций, правильное определение, понимание и переработка собственных эмоций и эмоций других людей является важным социальным навыком. Низкий уровень эмоционального интеллекта связан с нарушением социального функционирования и социальной дезадаптацией.

В соответствии с данными исследований, свидетельствующих об эмоциональном дефиците у пациентов с шизофренией, можно предположить, что у данной группы больных нарушен и эмоциональный интеллект. В свою очередь нарушение эмоцио-

нального интеллекта является одной из значимых причин социальной дезадаптации и снижения социального функционирования при шизофрении. Небольшое количество исследований, посвященных изучению эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией, показывает неоднозначные результаты.

Важным критерием оценки социального функционирования и адаптации является качество жизни. Относительно больных шизофренией его можно определить как показатель, интегрирующий большое число физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик, демонстрирующих способность человека адаптироваться к проявлениям болезни, которая нарушена у пациентов с шизофренией и из-за когнитивной и аффективной составляющих.

В связи с вышесказанным **целью** настоящего пилотного исследования явилось изучение эмоционального интеллекта, показателей качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы исследования. Группа исследуемых была сформирована случайным образом из категории пациентов, удовлетворяющих исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 для шизофрении, проходящих курс стационарного лечения в общепсихиатрическом мужском и женском отделениях, в отделении дневного пребывания учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр "Психиатрия-наркология"». В исследовании принимали участие 44 человека (14 мужчин, 30 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет, получающих адекватную фармакотерапию и состоящих на диспансерном учете. Длительность заболевания составила от 1 года до 23 лет. По формам шизофрении распределение было следующим: 34 человека – параноидная, 6 – простая, 4 – кататоническая.

Группу сравнения для изучения эмоционального интеллекта составляли 40 психически здоровых испытуемых (20 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 21 до 39 лет.

Для изучения эмоционального интеллекта использовался объективный тест способностей Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо – MSCEIT в адаптации Е.А. Сергиенко [6]. В соответствии с теорией интеллекта Дж. Мейера, П. Сэловея и Д. Карузо

эмоциональный интеллект тесно связан с когнитивным интеллектом и состоит из четырех компонентов адаптивных способностей:

1. Восприятие, оценка и выражение эмоций или же идентификация эмоций.
2. Использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности.
3. Понимание и анализ эмоций.
4. Сознательное управление эмоциями.

Для регистрации показателей качества жизни и социального функционирования был использован Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных", разработанный и валидизированный А.Б. Шмуклером и И.Я. Гуровичем в 1994 году [1]. В нем нашли отражение такие характеристики, как образование и трудовая деятельность, здоровье, работоспособность, дневная активность, материально-бытовая сфера, семья и социальные контакты. Опросник имеет качественный характер [5]. Помимо интервью с пациентами для объективизации полученной информации использовались медицинские карты стационарного больного, амбулаторные карты, сведения, полученные от родственников пациентов.

Результаты исследования. Исследование эмоционального интеллекта показало, что у 33 (75 %) пациентов с шизофренией общий балл ЭИ был ниже по сравнению с испытуемыми в выборке стандартизации.

Анализ результатов по отдельным компонентам эмоционального интеллекта выявил снижение по блоку идентификации эмоций (восприятие, оценка, выражение) у 26 человек (59 %), по блоку использования эмоций в решении проблем (для повышения эффективности мышления и деятельности) – 22 пациента (50 %), по блоку понимания и анализа эмоций – 33 человека (75 %), по блоку сознательного управления эмоциями – 35 человек (80 %).

Следует отметить, что низкие показатели по всем составляющим эмоционального интеллекта наблюдались у 11 человек (25 %), в то время как у большинства пациентов снижение общего балла происходило за счет отдельных блоков или их сочетаний.

Интересным представляется тот факт, что среди пациентов с показателем ЭИ, соответствующим норме (11 человек, 25 %), 6

человек по всем блокам эмоционального интеллекта показали результаты, соответствующие выборке стандартизации. У остальных показатели распределились следующим образом: у 2 человек наблюдалось снижение по компоненту идентификация эмоций, у 1 – по блоку понимания и анализа эмоций, у 2 – по сознательному управлению. Причем снижение по этим показателям не оказало влияния на общий балл ЭИ.

По результатам оценки качества жизни и социального функционирования были получены следующие данные: 66 % пациентов (29 человек) никогда не состояли в браке и не имели собственных семей. По уровню образования обследуемые распределились следующим образом: 8 – имеют среднее образование, 16 – среднеспециальное, 5 – незаконченное высшее, 15 – высшее образование. Частично либо полностью неудовлетворенность полученным образованием демонстрируют 29 человек, что составляет 66 % обследуемых. По профессиональным группам на момент обследования пациенты распределились следующим образом: 13 человек нигде не работают и не учатся, 10 – находятся на второй группе инвалидности по психическому заболеванию, 5 – учащиеся, 9 – неквалифицированные рабочие, 6 – служащие, 1 – предприниматель. На момент обследования отсутствие хронических заболеваний внутренних органов наблюдается у 33 человек, что составляет 75 %, у 11 обследуемых имеются хронические заболевания внутренних органов в стадии компенсации без группы инвалидности. Что касается физической работоспособности, под которой понимается способность к выполнению домашнего труда, то выраженное ее снижение отмечается у 31 человека (70 %), из которых 5 ничем не могут заниматься, 12 способны с трудом выполнять только простейшие виды домашнего труда, 14 могут выполнять элементарную домашнюю работу, в то время как сложные виды деятельности затруднены, выполняются только "через силу". Удовлетворенность положением в семье демонстрируют 36 обследуемых (82 %). Выраженное ограничение социальных контактов, под которыми понимается общение с друзьями и знакомыми, демонстрируют 17 человек, общение у них ограничено родственника-

ми, либо семейным окружением. Общение с друзьями и знакомыми осуществляется реже одного раза в год.

Обсуждение результатов исследования. Полученные результаты показали общее снижение эмоционального интеллекта у большинства пациентов с шизофренией. Однако вклад отдельных компонентов ЭИ в результирующий показатель различен. Лишь у четверти пациентов отмечалось снижение по всем блокам ЭИ. У большинства исследуемых общее снижение эмоционального интеллекта происходило за счет двух компонентов – понимание и анализ эмоций, сознательное управление эмоциями, а также за счет их сочетания между собой и другими блоками. Нарушение понимания и анализа эмоций снижает способность к пониманию взаимоперехода эмоций, механизмов их изменчивости, способности различать смешанные и сложные чувства и понимать взаимодействие эмоций, понимание ситуативной обусловленности эмоций, предполагающей когнитивное понимание как смысла ситуации, так и опыта переживания похожих состояний. Низкие показатели по блоку сознательного управления эмоциями отражают неспособность к регуляции собственных эмоций, сознательному использованию их для личностного роста и установлению гармоничных межличностных отношений, к выбору оптимального эмоционального сопровождения эффективных действий, направленных на сохранение адаптивных взаимодействий.

Можно предположить, что выявленные особенности эмоционального интеллекта определяют тот факт, что большая часть исследованных больных никогда не состояла в браке и не имела своих собственных семей. С другой стороны, подавляющее большинство пациентов с шизофренией удовлетворены своим положением в семье, поскольку сложившиеся семейные стереотипы эмоционального процессинга соответствуют их адаптивным возможностям.

В то же время четверть пациентов с шизофренией не отличались по общему баллу эмоционального интеллекта от выборки стандартизации. Полученные результаты, на наш взгляд, подтверждают патогенетическую разнородность шизофрении.

Представляется интересным дальнейшее изучение вклада особенностей эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией в клиническую картину болезни, ее течение, прогноз, возможные пути профилактики последующих рецидивов.

Литература

1. *Гурович И.Я.* Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Соц. и клин. психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35-40.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире // Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ, 2001. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ru.pdf (дата обращения 11.10.12).
3. *Мак-Дайд Д.* Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе // Европ. регион. бюро ВОЗ: Психиатрическая помощь. Ч. 1. Женева, 2005. 22 с.
4. *Мэйер Дж.* Эмоциональный интеллект: Руководство. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2010. 186 с.
5. *Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / под ред. И.Я. Гуровича, А.Н. Шмуклера.* М.: Медпрактика, 2002. 180 с.
6. *Сергиенко Е.А., Ветрова И.И.* Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо "Эмоциональный интеллект" (MSCEIT v. 2.0): Руководство. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2010. 176 с.
7. Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям / под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2009. 351 с.
8. *Adolfs R.* The neurobiology of social cognition // *Curr Opin Neurobiol.* 2001. N 11. P. 231-239.
9. *Barch D.M.* The relationships among cognition, motivation and emotion in schizophrenia: how much and how little we know // *Schizophrenia Bull.* 2005. N 31. P. 875-881.
10. *Mayer J., Salovey P., Caruso D.* Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // *Psychological Inquiry.* 2004. N 15. P. 197-215.
11. *Roder V., Medalia A.* Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment. Karger, 2010. 178 p.
12. *Sachs G., Steger-Wuchse D., Kryspin-Exner I., Gur R.C., Katschnig H.* Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia // *Schizophrenia Res.* 2004. N 68. P. 27-35.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВАРИАНТЫ ДИНАМИКИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Н.А. Шифнер, А.Е. Бобров, М.А. Кулыгина

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Москва*

Анализ общей заболеваемости студентов показывает ее рост в течение последних лет, причем эта тенденция прослеживается практически по всем классам заболеваний [1]. В структуре заболеваемости нервно-психические расстройства занимают второе место (30 %) после заболеваний органов дыхания (77 %). Кроме того, они находятся на первом месте по приросту дней нетрудоспособности и годовому росту заболеваемости, что в 31-47 % случаев приводит к оформлению учащимися академических отпусков [13]. По некоторым эпидемиологическим данным в амбулаторных условиях у студентов наиболее распространены аффективные расстройства. Их представленность достигает 20-30 % [7, 13, 3]. Распространенность расстройств адаптации среди студентов составляет 14,5-21 % [12, 23]. Удовлетворительная адаптация отмечается у 22 % студентов, напряжение механизмов адаптации – у 33 %, неудовлетворительная адаптация – у 41 % и срыв адаптации – у 4 % учащихся. 15 % студентов отмечают наличие частых стрессов [8].

Проблемы адаптации студентов традиционно вызывают интерес у психиатров [14, 15, 20, 21]. С одной стороны, это обусловлено тем, что период обучения совпадает с одним из кризисных периодов в жизни, в процессе которого происходит завершение становления личности. С другой – образовательный процесс предъявляет повышенные требования к механизмам психической адаптации [10, 16, 11]. В силу этого при определенных особенностях и повышенной уязвимости психики возникают состояния дезадаптации [9]. Они могут проявляться в психологических затруднениях и социальных конфликтах, сопровождаться развитием различных форм зависимостей, возникновением от-

клоняющегося [2, 18] и суицидального поведения [4, 17, 22]. С учетом сказанного студенчество является достаточно уязвимой группой, на которую должно быть направлено внимание профессионалов в сфере психического здоровья [1, 5, 8].

Цель исследования – клиничко-статистический анализ психопатологических особенностей и динамики расстройств адаптации (РА) у студентов.

Материалы и методы. Отбор студентов для включения в исследование проходил на базе медико-психологического центра поликлиники одного из вузов г. Москвы (экономико-управленческого профиля) и включал в себя несколько этапов. На первом этапе в процессе скрининга была выделена основная группа, в нее включались студенты, у которых вслед за психотравмирующим воздействием развивались эмоциональные и поведенческие нарушения. Диагноз устанавливался на основании критериев рубрики F43.2 МКБ-10. Исключались пациенты с расстройствами психотического уровня, аффективными расстройствами (как в анамнезе, так и на момент обследования), расстройствами личности, текущими органическими заболеваниями ЦНС и тяжелой соматической патологией. Основная группа состояла из 111 амбулаторных пациентов (78 девушек – 70,3 % и 33 юношей – 29,7 %) в возрасте 16-23 лет (средний возраст – 19,14 года). Она формировалась как в процессе плановых медицинских осмотров – 48 студентов (43,2 %), так и из контингента самостоятельно обратившихся за помощью – 63 студента (56,8 %). Контрольная группа была сформирована методом случайного отбора и состояла из 60 студентов (39 девушек – 65 % и 21 юноша – 35 %) в возрасте 16-23 лет (средний возраст – 19,05 года) без соматических и психических расстройств.

Второй этап включал в себя изучение характерологических особенностей, соматического статуса и социально-демографических характеристик студентов исследуемых групп (табл. 1).

На третьем этапе рассматривались особенности клинических проявлений РА. В зависимости от преобладания тех или иных нарушений осуществлялась их типологизация. Третий этап исследования включал в себя также катamnестическое на-

блюдение пациентов основной группы и определение вариантов динамики РА у студентов.

Таблица 1

Общая демографическая характеристика материала

Показатели		Исследуемые группы	
		основная, n=111, абс. (%)	группа сравнения, n=60, абс. (%)
Пол	мужской	33 (29,7)	21 (35)
	женский	78 (70,3)	39 (65)
Распределение по возрастным группам, лет	16	3 (2,7)	3 (5)
	17	14 (12,6)	8 (13,3)
	18	27 (24,35)	15 (25)
	19	21 (18,9)	10 (16,7)
	20	27 (24,35)	13 (21,7)
	21	10 (9)	6 (10)
	22	4 (3,6)	3 (5)
	23	5 (4,5)	2 (3,3)
Возраст, лет	средний,	19,14	19,05
	25 и 75 процентиля	18-20	18-20
Курс обучения	абитуриент	6 (5,4)	6 (10)
	подготовительный факультет	7 (6,3)	7 (11,7)
	1	15 (13,5)	5 (8,3)
	2	31 (27,95)	13 (21,7)
	3	41 (36,95)	21 (35)
	4	3 (2,7)	3 (5)
	5	8 (7,2)	5 (8,3)
Регион проживания	другой регион	55 (49,5)	23 (38,3)
	Москва	56 (50,5)	37 (61,7)
Состав семьи	единственный ребёнок	56 (50,5)	21 (35)
	есть ещё дети	55 (49,5)	39 (65)
	полная семья	50 (45)	39 (65)
	неполная семья	61 (55)	21 (35)

Исследование носило лонгитюдный характер. В течение двух лет наблюдения обследование проводилось многократно: во время включения в группу, через 1, 3 и 6 месяцев после пер-

вичного обследования. Поскольку исследование проводилось в амбулаторных условиях, за весь период наблюдения (два года) было прослежено состояние 57 пациентов (52,3 %). Наиболее частыми причинами отказа от продолжения наблюдения были боязнь стигматизации, убежденность в стойкости выздоровления и отсутствие согласия на психокоррекционную работу. Кроме того, в 30,6 % случаев (34 пациента) не было возможности провести катамнестическое исследование в связи с тем, что 16 студентов (14,4 %) заканчивали учебное заведение, отчислялись за неуспеваемость – 8 (7,2 %), оформляли академический отпуск – 10 студентов (9 % случаев).

Оценка психического состояния проводилась на основании полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974). Применялись шкалы депрессии (HDRS, 17 пунктов) и тревоги (HARS) Гамильтона (M. Hamilton, 1964); шкала глобального клинического впечатления (CGI-S, CGI-I, W. Guy, 1976); тест нервно-психической адаптации (Н-ПА, И.Н. Гурвич, 1992); ММИЛ (Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, 1969). Кроме того, изучались личностные особенности пациентов с помощью теста 16ЛФ (А.Г. Шмелев, В.И. Похилько, А.С. Соловейчик, 1988) и типологии К. Леонгарда. Все студенты проходили обязательное обследование у терапевта и невропатолога, был проведен анализ медицинских карт и данных рейтинговых показателей успеваемости и социальной активности исследуемых.

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета Statistica 6.0 и непараметрических методов сравнения.

Результаты исследования. Изучение клинических проявлений РА у студентов позволило выявить ряд общих для данной группы особенностей. Обязательной психопатологической характеристикой у обследованных пациентов являлся специфический реактивный симптомокомплекс идеаторно-мнестических и аффективно-мотивационных расстройств, выразившийся в устойчивых интрузивных переживаниях, которые были сопряжены с изменением самоотношения пациентов. Указанные переживания выражались чувством незащищенности, отвержения, вины, бес-

помощности и растерянности, а также вторично возникающими реакциями отрицания, протеста, фатальной пассивности, смещенной активности. При этом у пациентов отмечалось избирательное снижение способности к многосторонней и объективированной оценке ситуации с фокальным усилением наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, доминированием аффективной логики, оценочных суждений и появлением избирательных дисмнезий. Все это создавало условия для наблюдающегося у них нарушения способности к переоценке и ассимилированию травматического опыта. Психопатологическая симптоматика развивалась в непосредственной связи со стрессовыми событиями, а психотравмирующая ситуация была ярко представлена в переживаниях и высказываниях пациентов. Клинические проявления РА у студентов отличались полиморфностью, неоднородностью и сравнительно неглубокой выраженностью симптоматики. Они сопровождалась ухудшением успеваемости и затруднениями социального функционирования.

С целью типологизации РА у студентов результаты клинической оценки состояния больных с помощью полуструктурированного интервью были обработаны по алгоритмам факторного анализа с выявлением главных компонент и последующим Varimax-вращением (в его нормализованном варианте). При статистической обработке данных наиболее адекватной с точки зрения информативности и содержательной интерпретации оказалась четырехфакторная модель. Доля дисперсии, объясняемая первым фактором, равнялась 14,2 %, вторым – 9,4 %, третий фактор включал в себя 7,2 % дисперсии, четвертый – 4,8 %. Все выделенные факторы имели собственные значения, превышавшие единицу, хотя принимали на себя относительно небольшую долю общей дисперсии, в совокупности объясняя 35,6 % изменчивости признаков (табл. 2). Невысокие проценты могут объясняться разнообразием симптоматики РА и ее неодинаковой представленностью в отдельных группах.

Таблица 2

Факторный анализ симптомов РА (результат Varimax вращения)

Симптомы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Головокружение	-0,10103	0,118406	-0,028579	-0,538457
Метеочувствительность	-0,00167	0,050397	-0,076853	-0,672351
Недовольство	-0,06965	-0,607465	-0,080730	0,345874
Импульсивность	-0,08996	-0,479301	0,186658	0,342045
Физическое здоровье	-0,12287	0,152145	0,139626	-0,615429
Головные боли	-0,14869	0,062626	-0,064988	-0,751613
Усталость	0,67505	-0,111472	0,078376	-0,243070
Мышечное напряжение	-0,17412	-0,246261	0,671370	0,148155
Непоследивость	-0,15177	-0,480593	0,372699	0,240698
Обеспокоенность здоровьем	-0,46941	0,138517	0,114759	-0,573817
Нервная напряженность	-0,08707	-0,295917	0,681577	0,232715
Вегетативная тревога	-0,20862	0,073747	0,548688	-0,194605
Ситуационная тревога	-0,14010	0,223131	0,687664	-0,067053
Специфическая фобия	-0,06729	0,211398	0,533777	0,025231
Избегание	-0,11898	0,214524	0,620019	0,039728
Апатия	0,71028	0,010012	-0,174587	0,121778
Снижение настроения	0,71789	0,161537	-0,238563	0,200236
Безнадежность	0,64052	0,026090	-0,078513	0,134994
Утренняя депрессия	0,77157	0,137958	-0,094481	0,135425
Социальная отгороженность	0,57562	-0,034790	-0,064728	0,041465
Небредовые идеи отношения	-0,22887	-0,578877	-0,170236	-0,227873
Вялость, анергия	0,62859	-0,005014	0,015223	-0,091151
Раздражительность	0,01083	-0,632327	-0,217724	0,360916
Обсессии	-0,10345	0,117956	0,576565	-0,047794
Expl. variance	10,16098	5,036711	6,678128	5,907756
Prp. total	0,13027	0,064573	0,085617	0,075740

Как видно в табл. 2, первый фактор включал в себя аффективную симптоматику с ведущим депрессивным компонентом и высокими факторными нагрузками по параметрам: снижение настроения, апатия, анергия, утренняя депрессия. Патохарактерологические проявления составляли основу второго фактора с высо-

кими факторными нагрузками на импульсивность, раздражительность, идеи отношения, гиперактивность. Третий фактор определялся симптоматикой тревожно-фобического спектра с высокими факторными нагрузками по параметрам: тревожность и внутреннее напряжение, ситуационная тревога, избегающее поведение. Ведущими компонентами четвертого фактора являлись обеспокоенность своим здоровьем, метеочувствительность и соматические симптомы в виде болевых ощущений, головокружений.

Основываясь на психопатологических проявлениях и факторной модели, были определены главные синдромы РА: депрессивный (59,5 %), тревожный (45,0 %), психовегетативный (35,1 %) и поведенческий (14,4 %). Дальнейший клинико-динамический анализ состояния обследуемых студентов позволил выделить следующие варианты РА: депрессивные реакции дезадаптации (32,5 %); тревожно-депрессивные реакции дезадаптации (21,6 %); соматизированные реакции дезадаптации (20,7 %); тревожные реакции дезадаптации (13,5 %); реакции с нарушениями поведения (11,7 %).

Депрессивные реакции дезадаптации отмечались у 36 пациентов. Клиническая картина данного варианта РА определялась наличием депрессивного аффекта, снижением побуждений, пессимистической оценкой перспектив и собственной личности, нарушениями концентрации внимания, легкой психомоторной заторможенностью и психовегетативными нарушениями. При этом депрессивный аффект характеризовался непостоянством, зависимостью от ситуации, отсутствием "витальности". Снижение побуждений касалось ограниченного круга интересов и увлечений, ангедония не достигала значительной степени, не отмечалось замедления ассоциативного процесса. У многих пациентов заметное место в клинической картине занимало изменение самооценки, переживание утраты, а также редуцированные идеи вины.

В зависимости от стабильности и длительности аффективных нарушений было выявлено два подтипа депрессивных реакций дезадаптации: кратковременные (КДР) и пролонгированные (ПДР). При КДР симптоматика сохранялась от двух недель до одного месяца (18 пациентов). В среднем длительность реакций в данной группе составляла 20 ± 3 дня. Если депрессивная

реакция составляла от 1 до 18 месяцев, диагностировалось РА, ПДР (18 пациентов). Следует отметить, что у 61,1 % пациентов этой группы длительность расстройства составляла 3-2 месяцев. Средняя продолжительность расстройства в группе с ПДР составляла 9 ± 2 месяца.

В целом динамика депрессивных реакций дезадаптации характеризовалась формированием и длительным сохранением комплекса психогенных переживаний с фиксацией на психотравмирующем событии, присоединением и усилением астенических проявлений, которые доминировали в начале заболевания и сохранялись в последующем. На поздних этапах в клинической картине ведущее место начинали занимать аффективные нарушения в виде субдепрессивных или депрессивных состояний легкой степени выраженности, а комплекс психогенных переживаний отодвигался на задний план.

У 15 пациентов с РА отмечались тревожные реакции дезадаптации (ТР). Следует отметить, что в МКБ-10 специальной рубрики для ТР нет, поэтому данные состояния классифицируются в рубрике F43.23 (РА с преобладанием других эмоций). Наиболее частыми проявлениями в их клинической картине являлись переживание внутреннего напряжения, безотчетного немотивированного беспокойства и неспособности расслабиться. Следует отметить и характерную для пациентов с ТР суточную динамику самочувствия: так, тревожные ожидания в сочетании с раздражительностью и недовольством, а также ощущения физического и психического дискомфорта нарастали в вечернее время, перед сном. Чувство тревоги зачастую инициировалось мыслями о будущем, ожиданием перемен, состоянием неопределенности. Наряду с эпизодически возникающими ожиданиями неприятностей, ощущениями беспредметной тревоги и страха за себя и близких некоторые пациенты отмечали появление тревоги, робости и нерешительности в ситуациях, в которых ранее чувствовали себя спокойно. Особенно значимыми были ситуации, связанные с учебным процессом, – ответы на семинарах, экзаменах, выполнение письменных контрольных. У студентов снижалось "качество" мышления с периодическими непроизвольными переключениями на психотравмирующую ситуацию,

появлялась боязнь неправильных ответов, неадекватной оценки преподавателя, иногда формировались избегающие формы поведения. У части обследуемых в случаях неудовлетворительных результатов и неудач на фоне нарастающей тревожности появлялись ощущения неуверенности в себе, которые сопровождались вспышками раздражительности, направленными на себя. Поведение пациентов, несмотря на чувство неуверенности и снижение самоуважения характеризовалось стремлением к общению с окружающими, поиском социальной поддержки и внимания. В большинстве случаев наблюдаемые ТР сопровождались выраженной психовегетативной симптоматикой. Наиболее часто предъявлялись жалобы на головные боли напряжения, трудности засыпания и поверхностный сон, отмечались расстройства приема пищи, колебания массы тела.

Длительность ТР не превышала 5 недель со средней продолжительностью $22,6 \pm 3,2$ дня. По мере дезактуализации психотравмы и регресса тревожного аффекта ведущее место в клинической картине расстройства начинал занимать астенический синдром. Он формировался постепенно, через 2-3 недели от начала реакции и проявлялся в виде раздражительной слабости, несобранности, утомляемости и снижения концентрации внимания. При этом элементы астении были менее выражены, чем при реакциях депрессивного типа. В процессе динамического наблюдения было установлено, что у 8 пациентов (53,3 %) наблюдалось неблагоприятное течение расстройства с нарастанием выраженности депрессивных симптомов и формированием тревожно-депрессивного синдрома в рамках РА.

Диагноз РА, тревожно-депрессивная реакция (ТДР) был установлен в процессе динамического наблюдения у 24 пациентов. Аффективные проявления в клинической картине у пациентов этой группы характеризовались гипотимией, подавленностью, а также наличием ощущения внутреннего напряжения и беспокойства. На фоне сниженного настроения отмечались ослабление интересов, желаний, отгороженность и безучастность, снижение самооценки, утрата самоуважения. Особенностью тревожного синдрома было сочетание и выраженность как психического, так и соматического компонентов тревоги. В рамках психического

компонента отмечались беспокойство, тревожные опасения, предчувствия, мысли, направленные в будущее; навязчивые воспоминания, связанные со стрессовой ситуацией, нерешительность в действиях, принятии решений. Соматический компонент включал в себя разнообразные нарушения психовегетативного уровня. Его проявлениями были ощущения сердцебиения, чувство нехватки воздуха или дискомфорта в грудной клетке, вазомоторная лабильность, повышенная потливость, легкое головокружение и неустойчивость при ходьбе. Соматические проявления тревоги усиливались при воспоминаниях о психотравмирующем событии, волнении, повышенной умственной и эмоциональной нагрузках. Характерными были также астенические симптомы, нарушения сна в виде частых пробуждений среди ночи, невозможность отключиться от неприятных мыслей при засыпании. Следует отметить, что при ТДР переживания пациентов были наиболее тягостными, что зачастую было связано с хронической, длительно сохраняющейся стрессовой ситуацией. Большинство пациентов с ТДР были пассивны в отношении предлагаемой помощи, а стиль их реагирования на изменение обстоятельств отличался неконструктивностью и дезадаптивностью.

Только у 11 (46 %) пациентов клиническая картина расстройства уже на начальных этапах характеризовалась наличием как депрессивного, так и тревожного компонентов, а у 13 (54 %) – сначала доминировали либо тревожные, либо депрессивные проявления и лишь в последующем симптоматика усложнялась. Большая часть ТДР длилась от трех до 12 месяцев (у 50 % пациентов, из них у 29 % – более 6 месяцев). Средняя продолжительность расстройства составляла $5,8 \pm 1,5$ месяца. В процессе динамического наблюдения было установлено, что на его отставленных этапах (при длительности более двух месяцев), тревожная симптоматика трансформировалась. При этом собственно психический компонент тревожного синдрома редуцировался, а на первое место выдвигались соматические проявления. Кроме того, на фоне длительного эмоционального напряжения, связанного со стрессом, нарастала астенодепрессивная симптоматика. Преобладала физическая усталость, раздражительность, гиперестезия, а также апатия, появлялись разнообразные и не-

связанные с психической травмой чувство тягостного бессилия, ощущение собственной несостоятельности и неспособности справиться с ситуацией.

Диагноз соматизированная реакция дезадаптации (СР) был установлен у 23 пациентов. Следует отметить, что в МКБ-10 подобная диагностическая рубрика отсутствует и данные состояния могут классифицироваться как РА с другими специфическими преобладающими симптомами (F43.28). Тем не менее значительная выраженность и преобладание в клинической картине психовегетативных симптомов, а также большая распространенность данного типа реагирования на стрессовую ситуацию в студенческой популяции позволила выделить СР в отдельную группу.

Особенность клинической картины для данной группы РА заключалась в том, что несмотря на внешнюю изменчивость вегетативные нарушения устойчиво доминировали в клинической картине. СР сопровождалась также и астеническими симптомами в виде быстрой утомляемости, вялости и сонливости. Среди предъявляемых жалоб чаще других отмечались различные головные боли, головокружение, нарушения сна и аппетита, сердцебиение и чувство "нехватки" воздуха. У 84,6% пациентов отмечался алгический синдром различной локализации. Появление симптоматики, как правило, было связано с нарастанием субъективной значимости психотравмирующей ситуации, усилением фрустрации или хроническим напряжением. Предъявляемые соматические жалобы в большинстве случаев отличались относительно легкой выраженностью, ограниченной локализацией и не соответствовали результатам объективного медицинского обследования. Аффективные нарушения при СР не были выраженными и проявлялись в виде тревожных опасений, лабильности настроения и кратковременных периодов внутреннего беспокойства.

Динамика СР характеризовалась краткосрочностью (до 1 месяца) и сбалансированной редукцией симптоматики. Средняя продолжительность расстройства составляла $17,2 \pm 4,7$ дня. Значимую роль в клинической картине играло формирование стереотипных "соматических ответов" на психотравмирующее событие.

РА с нарушениями поведения – поведенческие реакции дезадаптации (ПР) были диагностированы в 13 случаях, из них у 6 студентов (46,2 %) отмечались также отчетливые нарушения в эмоциональной сфере и им выставлялся диагноз F43.25 – РА с поведенческими и эмоциональными нарушениями (ПЭР). При ПР клиническая картина чаще определялась раздражительностью, несдержанностью, импульсивностью, повышенной возбудимостью, кратковременными реакциями агрессии, обиды, гнева. У пациентов основной группы в структуре ПР отмечались личностные реакции, связанные с декомпенсацией акцентуаций характера (7 %), "ситуационное" злоупотребление психоактивными веществами (1,1 %) и чрезмерная вовлеченность в компьютерные игры (3,6 %). Как правило, при данном типе реагирования у пациентов выявлялись ранее нехарактерные для них формы поведения, снижение порога агрессивности, обострение чувствительности к критике, что приводило к конфликтам, нарушению взаимоотношений с окружающими. Тем не менее выраженность психопатологической симптоматики оставалась неглубокой. В условиях дезактуализации или устранения психотравмирующего фактора симптоматика быстро редуцировалась.

Возникновение социальной дезадаптации в большей степени определялось такой симптоматикой, как перепады настроения, раздражительность, гиперактивность, чувство недовольства и внутреннего напряжения. Но большинство из этих симптомов, среди которых преимущественно отмечались проявления легких форм астенической или психовегетативной симптоматики, не предьявлялось в качестве жалоб.

Эмоциональные нарушения не занимали ведущего положения в клинической картине, проявлялись фрагментарно или в стертom виде. В большей степени они встречались у пациентов с ПЭР и выражались в эмоциональной лабильности, гипотимном фоне настроения, чувстве внутренней напряженности.

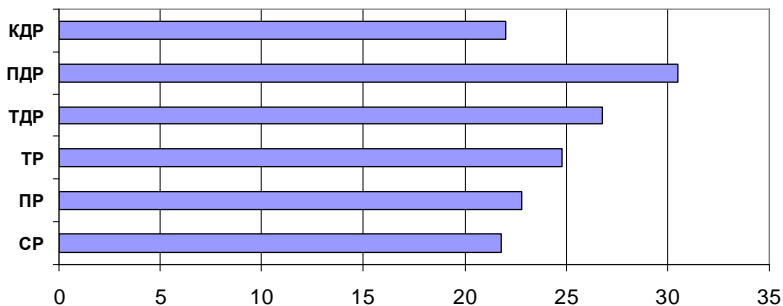
По длительности ПР были кратковременными, средняя продолжительность их составляла $15,1 \pm 3,4$ дня. Однако под влиянием длительного психоэмоционального напряжения и повторяющихся стрессовых воздействий у обследованных студентов

часто нарастала выраженность симптоматики и реакции дезадаптации возникали повторно.

Сравнение выделенных клинических вариантов РА по показателям шкал депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона свидетельствует о том, что для большинства групп медианные баллы находятся в интервале 7-6 баллов, что свидетельствует о легкой степени тяжести как депрессивной, так и тревожной симптоматики. Все группы достоверно различаются между собой хотя бы по одному показателю шкал HDRS и HARS, а в группе РА с ПР показатели большинства шкал не выходят за границы нормы и достоверно отличаются от показателей остальных групп.

По общей тяжести состояния, оцениваемой по шкале CGI-S, пациенты с легко выраженными психическими нарушениями преобладали в группах с КДР (94,4 % случаев), СР (82,7 %) и ТР (60%). При ПДР и ТДР, напротив, преобладали более выраженные расстройства (83,3 и 54,2% случаев соответственно), а в группе ПР – субсиндромальные состояния (76,9 %).

Для количественного анализа тяжести состояний дезадаптации нами использовался тест нервно-психической адаптации (Н-ПА). В ходе исследования были получены следующие результаты: студенты контрольной группы в 55,0 % случаев (33 человека) были отнесены к категории "здоровье", 45,0 % (27 человек) – к категории с "оптимальной адаптацией". Состояние пациентов основной группы было квалифицировано как "непатологическая психическая дезадаптация" – 1,8 % (2 человека), "патологическая психическая дезадаптация" – 30,7 % (34 человека), "вероятно болезненное состояние" – 67,5 % (75 человек). Различия уровня Н-ПА у студентов основной и контрольной групп были статистически достоверны ($p=0,005$). В группах с РА наименьшие показатели были при СР (21,8) и КДР (22), что соответствует "патологической психической дезадаптации", наибольшие – при ПДР (30,5) и ТДР (26,8), что отражает "вероятно болезненное состояние". Различия этих показателей достигали уровня статистической значимости ($p=0,002$). Следует отметить, что значения теста Н-ПА могут быть соотнесены с качественными особенностями различных вариантов РА, несмотря на то что они отражают количественный уровень дезадаптации (рисунок).



Средние значения по тесту Н-ПА в группах РА

В ходе катамнестического наблюдения было выявлено три варианта течения РА:

1) *благоприятное* – краткосрочное (22 пациента – 33,3 %). Данный тип динамики характеризовался значительным регрессом психопатологической симптоматики и постепенным выздоровлением;

2) *протрагированное* течение (26 пациентов – 39,4 %) имело два варианта:

а. по типу затяжных реакций (50 %), когда длительность РА составляла более шести месяцев. Следует отметить, что сюда же были отнесены и те случаи (4 пациента), когда на этапе включения был установлен диагноз КДР, но при динамическом наблюдении диагноз менялся на ПДР в связи с большей длительностью расстройства;

б. по типу повторяющихся реакций-"клише" (50 %), когда при катамнестическом наблюдении у пациентов после периода нормализации состояния вновь возникали аналогичные по форме и типу нарушения;

3) *неблагоприятное* течение (18 пациентов – 27,3 %). Данный тип динамики характеризовался углублением симптоматики с тенденцией к формированию иных психических расстройств (дистимия, депрессивные эпизоды, тревожно-депрессивные расстройства, соматоформные расстройства).

Необходимо отметить, что приведенные значения соответствуют периоду наблюдения в один год (всего 66 пациентов),

поскольку уже к этому моменту можно было судить о динамической характеристике РА.

Сравнительный анализ показал, что благоприятное течение было более характерно для КДР ($p=0,05$), такие реакции были наименее длительными и выраженными и реже приводили к каким-либо психопатологическим состояниям. Неблагоприятное течение чаще отмечалось при ТР и ТДР ($p=0,02$ и $p=0,008$ соответственно). Протрагированное течение по типу затяжных реакций было наиболее характерно для ПДР ($p=0,02$), а по типу "клише" – для ПР ($p=0,02$) и СР ($p=0,01$). Вероятно, это обусловлено тем, что поведенческие нарушения отражали особенности преморбидного личностного склада и характеризовали стиль конституционального реагирования на стресс. А наличие соматических жалоб и психовегетативных расстройств ухудшало прогноз из-за формирования соматизации как стереотипного способа реагирования на стресс.

Для определения наиболее значимых факторов неблагоприятного прогноза РА был проведен регрессионный анализ данных психометрических шкал (ММИЛ и 16ЛФ). Следует отметить, что учитывались только достоверные профили ММИЛ. Ряд альтернативных статистических решений был рассчитан путем пошагового регрессионного анализа (табл. 3).

Таблица 3
Итоговая таблица регрессии для неблагоприятного течения

n=27	Средн. ± станд. отклон.	Beta	Станд. ошибка Beta	B	Станд. ошибка B	T (16)	p-уро- вень
Своб. член	-	-	-	-1,594	0,364	-4,382	0,0004
A	6,2±2,3	-0,556	0,124	-0,077	0,017	-4,488	0,0004
N	5,8±2,0	0,284	0,132	0,045	0,021	2,154	0,0468
Q2	4,8±2,2	-0,311	0,145	-0,045	0,021	-2,147	0,0475
Q3	6,6±2,2	-0,408	0,123	-0,059	0,018	-3,323	0,0043
S0	51,6±13,5	0,711	0,153	0,017	0,004	4,652	0,0003

Коэффициент множественной детерминации данной модели, $R^2=0,83278769$, скорректированный коэффициент множественной детерминации, $R^2=0,72828000$, достоверность уравнения

регрессии $p=0,000159$, стандартная ошибка оценки модели 0,16693. Из представленной модели следует, что высокие значения шкалы S0 ММИЛ (коммуникативные затруднения) и шкалы N (напряженность) 16ЛФ, а также низкие – по шкалам А (отчужденность), Q2 (зависимость от группы) и Q3 (низкий самоконтроль) 16ЛФ являются наиболее значимыми факторами, определяющими неблагоприятное течение РА. Данные характеристики в соответствии с регрессионной моделью в наибольшей степени влияют на тяжесть психопатологической симптоматики.

Результаты динамического наблюдения свидетельствуют о том, что терапия РА должна быть комбинированной и включать психотерапевтические, психофармакологические и социально-реабилитационные мероприятия, что соответствует литературным данным [6, 19, 24]. Для оценки динамики РА на фоне лечения и без него наблюдалась терапевтическая группа (ТГ, $n=25$) и группа сравнения (ГС, $n=25$). Из психофармакологических препаратов применялись афобазол, гидроксизин и тианептин. Продолжительность их приема в среднем составляла 4–8 недель. Психотерапевтические подходы базировались на принципах когнитивно-поведенческой и интерперсональной психотерапии. В ГС вошли пациенты, которые отказались от лечения и были сопоставимы с пациентами ТГ по полу, возрасту и спектру клинических вариантов РА.

По исходным показателям шкал депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона достоверных различий в ТГ и ГС выявлено не было. В ТГ симптоматика редуцировалась значительно быстрее, уже к третьему месяцу суммарный медианный балл HDRS достиг уровня клинической ремиссии (6,1 балла) и достоверно отличался ($p=0,04$) от показателя в ГС (9,6 балла). В ГС редукция аффективной симптоматики происходила значительно медленнее и даже спустя год составляла 7,8 балла, что не соответствует состоянию ремиссии. При сравнении ТГ и ГС по показателям шкалы HARS достоверные различия ($p=0,04$) отмечались спустя 1 месяц терапии (8,1 и 10,6 балла соответственно). В ТГ уровень клинической ремиссии (5,8 балла) был достигнут уже к третьему месяцу наблюдения, в то время как в ГС (6,6 балла) – лишь к шестому месяцу. По шкале CGI-S уже к 3-му месяцу наблюдения в ТГ преобладали пациенты с отсутствием заболевания – 13 че-

ловек (52 %) и субклиническими состояниями – 7 человек (28 %), а на момент завершения наблюдения у большинства пациентов (24 человека (96 %)) отмечалась нормализация состояния. В ГС к 3-му месяцу таких пациентов было лишь 6 (24 %), а к концу наблюдения их число увеличилось до 14 (56 %). У оставшихся 11 пациентов (44 %) состояние квалифицировалось в диапазоне от субклинического до умеренно тяжелого, что свидетельствует о неблагоприятном течении РА у пациентов ГС в отсутствие терапии. Оценка динамики эффективности терапии по CGI-I, показала, что уже к концу 1-го месяца психофармакотерапии у 64 % пациентов ТГ отмечалось минимальное, а у 16 % – значительное улучшение состояния. Следует отметить, что у пациентов ТГ в большинстве случаев отмечалось благоприятное (80 %), а у пациентов ГС – неблагоприятное (40 % случаев) либо протрагированное (56 % случаев) течение.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что РА у студентов имеют сложную психопатологическую структуру, которая включает облигатные нарушения (интрузивные переживания, связанные с психотравмирующей ситуацией, аффективно-мотивационные и парциальные когнитивные нарушения, изменение самоотношения) и факультативную симптоматику (астенические состояния, изменения настроения, соматоформные и психовегетативные дисфункции нарушения подконтрольности поведения).

В ходе проведенного исследования наряду с общими особенностями РА у студентов выявлены также их внутригрупповые характеристики. Помимо аффективных синдромов при РА у студентов, значительно распространены поведенческие нарушения и соматизированные реакции, что коррелирует с возрастными особенностями исследуемой группы.

Несмотря на то что для РА чаще характерна легкая выраженность психопатологической симптоматики и благоприятное течение, эти состояния существенно нарушают социальное функционирование студентов и приводят к учебной дезадаптации.

Все вышесказанное повышает требования к своевременной диагностике подобных состояний и их дифференциации от других психических расстройств. Кроме того, с учетом разработки

новой международной классификации болезней (МКБ-11) возникает необходимость выявления более четких клинических критериев РА с целью их ранней диагностики, своевременной коррекции и профилактики.

Литература

1. *Агаджанян Н.А.* Здоровье студентов. М.: Россия, 1997. 200 с.
2. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993. 400 с.
3. *Брагина К.Р.* Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения // Вісник Вінниц. державного мед. ун-ту. 2003. Т. 7. Вип. 2/2. С. 849-851.
4. *Войцех В.Ф.* Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280 с.
5. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г., Москова М.В., Войцех В.Ф., Семикин Г.И.* Предэкзаменационный стресс и эмоциональная дезадаптация у студентов младших курсов // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 2. С. 38-42.
6. *Глумова И.В.* Способ лечения лиц с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра после экстремальных ситуаций на производстве. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, г. Новокузнецк, 19 мая 2006 г. Кемерово: ИД "Медицина и Просвещение", 2006. 160 с.
7. *Жижко Н.П., Левенко М.Ю., Петров М.И.* Клиническая характеристика учащихся техникумов и СПГУ, страдающих нервно-психическими заболеваниями // Актуальные вопр. психиатрии. Вып. 2. Томск, 1985. С. 20.
8. *Нефедовская Л.В.* Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи. М., 2007. 189 с.
9. *Николаев Е.Л.* Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 2. С. 136-142.
10. *Николаев Е.Л., Комиссарова Н.И., Григорьева Н.Н., Герасимова М.Н.* Потенциал здоровья студенческой молодежи: личностные и поведенческие факторы риска // Науч.-мед. вестник Центрального Черноземья. 2010. № 39-3. С. 16-21.
11. *Нонан Э.* Студент как личность // Высш. образ. в Европе. 1994. Т. 19. № 3. С. 32-44.
12. *Рогозина М.А., Подвигин С.Н., Дилина А.М.* О раннем выявлении и терапии астенических расстройств у студентов медицинского вуза:

- материалы 11-й межрегион. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии" // Науч.-мед. вестник Центрального Черноземья. 2009. № 35. I кв. С. 217-221.
13. *Северный А.А., Ануфриев А.К.* Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня: метод. рекомендации. М., 1987. 3 с.
 14. *Цивилько М.А., Ильина М.А.* Клинические особенности пограничных психических нарушений у студентов // Вестник РУДН. Сер. Медицина. 2003. № 5 (24). С. 71-73.
 15. *Чубаровский В.В., Некрасов М.А.* Пограничные психические расстройства и аддиктивные формы поведения у лиц подросткового и юношеского возраста (клинико-эпидемиологический аспект). Монография. Орел: Изд-во ОГУ, 2005. 128 с.
 16. *Яницкий М.С.* Комплексная модель оценки показателей психологической адаптации студентов вуза и ее апробация в условиях перехода на уровневую систему образования // Вища освіта України. 2010. № 3 (38). С. 118-127.
 17. *Bhatia M.S., Aggarwal N.K., Aggarwal B.B.* Psychosocial profile of suicide ideators, attempters and completers in India // Int. J. Soc. Psychiatry. 2000. N 46(3). P. 155-163.
 18. *Brown S.A., Mott M.A., Stewart M.A.* Adolescent alcohol and drug abuse // The Handbook of Clinical Child Psychology. New York: John Wiley, 1992. P. 677-693.
 19. *Casey P.* Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment // CNS Drugs. 2009. N 23 (11). P. 927-938.
 20. *Dyson R., Renk K.* Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping // J. Clin. Psychol. 2006. N 62 (10). P. 1231-1244.
 21. *Garfinkel B.D., Carson G.A., Weller E.B.* Psychiatric disorders in children and adolescent // Philadelphia et. al. W.B. "Saunders Company", 1990.
 22. *Lönnqvist J.K., Henriksson M.M., Isometsä E.T. et al.* Mental disorders and suicide prevention // Psychiatry Clin. Neurosci. 1995. N 49 (suppl. 1). S. 111-116.
 23. *Lung F.W., Lee F.Y., Shu B.C.* The premorbid personality in military students with adjustment disorder // Military Psychology. 2006. N 18 (1). P. 77-88.
 24. *Walsh J., Corcoran J.* A Social Work Perspective on the Adjustment Disorders // Social Work in Mental Health. 2011. Vol. 9. Is. 2. P. 107-121.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВЫЯВЛЕНИИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е.В. Калинина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами отражают психическое здоровье населения, организацию психиатрической помощи, возможность диагностики на ранних этапах. По данным отечественных и зарубежных авторов, более 50 % психически больных обращаются за помощью в общесоматические учреждения. Психиатрические службы регистрируют незначительную часть пациентов, нуждающихся в специализированной психиатрической помощи.

На протяжении многих лет первичная заболеваемость психическими расстройствами в Чувашской Республике (ЧР) значительно превышала аналогичные показатели по Российской Федерации (РФ). Сравнительный анализ первичной заболеваемости в ЧР и в РФ за 2008 г. показал, что в ЧР по сравнению с РФ в 1,5 раза выше показатели общей заболеваемости психическими расстройствами. Среди основных групп психических расстройств наиболее высокие показатели первичной заболеваемости, превышающие общероссийские в 1,7 раза, регистрировались в группе непсихотических психических расстройств (табл. 1).

Известно, что лица с непсихотическими психическими расстройствами избегают обращений к психиатру из-за страха возможных социальных ограничений. В связи с этим несомненный интерес привлекает анализ причин столь высоких показателей непсихотических психических расстройств в Чувашской Республи-

ке. Статистическая отчетность, регистрирующая первичную заболеваемость психическими расстройствами, базируется на данных, поступающих как от психиатров, так и от психотерапевтов.

Таблица 1
Показатели первичной заболеваемости в ЧР и РФ в 2008 г.

Группы психических расстройств	В ЧР		В РФ
	абс.	на 100 тыс. нас.	на 100 тыс. нас.
Психозы	717	55,9	60,7
Непсихотические психические расстройства	5858	456,7	268,5
Умственная отсталость	517	40,3	27,7
Всего	7092	553,0	357,0

Психотерапевтическая служба Чувашской Республики сосредоточена преимущественно в г. Чебоксары, где успешно функционирует лечебно-диагностическое отделение Республиканской психиатрической больницы, известное как Республиканский психотерапевтический центр. Кроме того, в г. Чебоксары психотерапевтическая помощь оказывается в 10 психотерапевтических кабинетах общесоматических ЛПУ и медсанчастях. В районах республики психотерапевтическая помощь развита достаточно слабо и на сегодняшний день имеются специалисты только в трёх сельских районах.

Сравнительный анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами в г. Чебоксары по данным психиатрических и психотерапевтических служб показал, что обращаемость пациентов с впервые возникшими психическими расстройствами к психотерапевтам в 4 раза выше, чем к психиатрам (табл. 2). Существенно чаще к психотерапевтам обращались больные с невротическими (F40-F49), органическими (F00-F09), и аффективными (F30-F39) расстройствами, что отражается как в абсолютных числах (2172, 1450 и 97 соответственно), так и в показателях на 10 тыс. населения (47,93, 32,00 и 2,14 соответственно). Больные с рассмотренными формами психических расстройств существенно реже обращались к психиатрам. Органические психические расстройства, впервые зарегистрированные психи-

атрическими службами, составили 6,68 человека на 10 тыс. населения, невротические расстройства – 5,43 человека на 10 тыс. населения, а аффективные расстройства – лишь 0,49 человека на 10 тыс. населения.

Таблица 2
Показатели первичной заболеваемости в г. Чебоксары
по нозологическим группам

Группы психических расстройств	Показатели первичной заболеваемости					
	зарегистрированные психотерапевтами		зарегистрированные психиатрами		всего больных	
	абс.	на 10 тыс. нас.	абс.	на 10 тыс. нас.	абс.	на 10 тыс. нас.
F00-F09	1450	32,00	311	6,86	1761	38,86
F20-F29	13	0,29	90	1,99	103	2,27
F30-F39	97	2,14	22	0,49	119	2,63
F40-F49	2172	47,93	246	5,43	2418	53,36
F50-F59	218	4,81	–	–	218	4,81
F60-F69	110	2,43	112	2,47	222	4,90
F70-F79	–	–	108	2,38	108	2,38
F80-F89	41	0,90	118	2,60	159	3,51
F90-F99	71	1,57	72	1,59	143	3,16
Всего	4172	92,06	1079	23,81	5251	115,87

Заболеваемость по разделам "Расстройства зрелой личности" (F60-F69) и "Расстройства эмоций и поведения в детском возрасте" (F90-F99) практически одинаково регистрировались как психотерапевтами (2,43 и 1,57 на 10 тыс. населения), так и психиатрами (2,47 и 1,59 на 10 тыс. населения).

Лица с поведенческими синдромами, связанными с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59), были выявлены лишь психотерапевтическими службами и составили 4,81 человека на 10 тыс. населения.

Частота обращений пациентов с невротическими расстройствами к психотерапевту почти в 9 раз выше, чем к психиатру. Пациенты с органическими психическими расстройствами об-

ращались к психотерапевту в 4,7 раза чаще, чем к психиатру, а пациенты с аффективными расстройствами – в 4,4 раза.

Клиническая картина одной и той же нозологической группы у лиц, обратившихся за психотерапевтической и психиатрической помощью, имеет существенные различия. Так, среди лиц с невротическими расстройствами преобладали обращения, связанные с кратковременными поведенческими или эмоциональными реакциями при воздействии различных неблагоприятных социальных условий (увольнение с работы, разводы, конфликтные ситуации, потеря близких), тогда как к психиатрам преимущественно обращались пациенты с затяжными депрессивными реакциями в ответ на стрессовую ситуацию, приводящие к значительному снижению трудоспособности. Изменения психического состояния у данных пациентов были столь значительными, что обращение за психиатрической помощью минимально сдерживалось такими факторами, как страх перед возможными социальными ограничениями и психиатрией в целом.

При обращении к психотерапевтам лиц с органическими психическими расстройствами клиническая картина заболевания представляла, по сути, органический психосиндром с характерной триадой признаков: церебральные и когнитивные расстройства, эмоциональная лабильность, встречающиеся в большей или меньшей степени выраженности и в различных пропорциональных сочетаниях. При облегчении основного заболевания отмечалась редукция психического расстройства. При обращении к психиатру преобладали пациенты с выраженными когнитивными и поведенческими нарушениями. Доказательством тяжести клинической картины служил тот факт, что доля деменций среди лиц с органическими психическими расстройствами составила 39,2 %.

Аффективные расстройства при обращении к психотерапевту характеризовались впервые возникшими или рекуррентными депрессивными расстройствами легкой или средней степени выраженности. Имеющаяся депрессивная симптоматика озвучивалась пациентами в виде жалоб на общее соматическое недомогание, тогда как при обращении к психиатру в структуре депрессивных расстройств наряду с гипотимическими расстройствами

отмечалась выраженная ангедония, существенное снижение массы тела, стойкие диссомнические нарушения. Достаточно актуальными были нарушения мышления, проявляющиеся в навязчивых мыслях о смерти, сверхценных идеях самоуничтожения. Соматическая симптоматика, сопровождающая депрессивные расстройства, практически не отражалась в жалобах пациентов. Таким образом, можно констатировать определенное смещение акцентов в жалобах пациентов с депрессиями с соматической на психическую сферу, что служит одной из ведущих причин для непосредственного обращения к психиатру. Ускорением встречи с психиатром служили также аутоагрессивные тенденции.

Известно, что пациентам, нуждающимся в психотерапевтической помощи, очень важны условия, в которых эта помощь оказывается. Лечебно-диагностическое отделение Республиканской психиатрической больницы (психотерапевтический центр) расположено в уникальном здании известного в Чувашии купца Ефремова. Оно значительно удалено от психиатрической больницы и созданная врачами-психотерапевтами, психологами, логопедами лечебная атмосфера, эффективность от проводимого лечения, отсутствие стигматизирующих факторов несомненно привлекает людей, нуждающихся в помощи. Именно с этим связан высокий уровень обращаемости к врачам-психотерапевтам г. Чебоксары и, соответственно, высокие показатели первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами в ЧР.

В то же время следует отметить, что психотерапевтическая помощь в общесоматических больницах и поликлиниках г. Чебоксары, а также в ЦРБ понесла серьезный урон в связи с административными реформами, коснувшимися здравоохранения. Общедоступность психотерапевтической помощи в результате этих преобразований значительно снизилась. В настоящее время в сельской местности психотерапевтические кабинеты функционируют в единичных районах.

Для изучения возможности психиатрических кабинетов взять на себя функции психотерапевтической помощи, были сравнены результаты первичной заболеваемости психическими расстройствами в районах, имеющих психотерапевтическую помощь и не имеющих таковую.

Для анализа были взяты годовые отчеты Республиканского психотерапевтического центра (г. Чебоксары), оказывающего как психиатрическую, так и психотерапевтическую помощь, и двух сельских районов – Алатырского и Цивильского, где специалистов-психотерапевтов нет в штатном расписании (табл. 3).

Таблица 3

Показатели первичной заболеваемости среди лиц, впервые обратившихся за психиатрической помощью в психиатрические и психотерапевтические службы

Исследуемые районы	Число больных					
	по данным психиатрических служб		по данным психотерапевтических служб		всего в Чувашской Республике	
	абс.	на 10 тыс. нас.	абс.	на 10 тыс. нас.	абс.	на 10 тыс. нас.
г. Чебоксары	1079	23,81	4172	92,06	5251	115,87
Алатырский	55	28,90	–	–	55	28,90
Цивильский	116	30,36	–	–	116	30,36
Всего	1250	27,60	4172	81,74	5422	106,23

Как видно в табл. 3, первичная заболеваемость в г. Чебоксары значительно выше, чем в сравниваемых сельских районах (г. Чебоксары – 115,87; Алатырский – 28,9; Цивильский – 30,36). При этом, если мы сравним показатели первичной заболеваемости в городе и селе, то увидим, что доля впервые обратившихся к психиатру в сельских районах была выше, чем в г.Чебоксары (в Алатырском районе 28,90, в Цивильском – 30,36, в г.Чебоксары – 23,81 на 10 тыс. населения), что достаточно убедительно свидетельствует о том, что при отсутствии психотерапевтической помощи обращаемость пациентов с впервые возникшими психическими расстройствами к психиатру возрастает. В то же время различия показателей заболеваемости, зарегистрированные психиатрами в городе и сельской местности незначительные, что свидетельствует о том, что большая часть пациентов сельской местности, нуждающаяся в специализированной помощи, не получает ее в связи с отсутствием специалистов психоте-

рапевтического профиля. Данные результаты свидетельствуют о том, что психиатры в сельской местности при отсутствии психотерапевтической помощи не могут в полной мере компенсировать потребность населения в психотерапевтической службе.

Пациенты каких нозологических групп чаще всего остаются вне помощи специалиста при отсутствии психотерапевтической помощи? При отсутствии психотерапевтической помощи наиболее уязвимыми становятся пациенты, страдающие невротическими расстройствами. Выявляемость невротических расстройств в местностях, где отсутствует психотерапевтическая помощь, сокращается в 9 раз (табл. 4). Значительное снижение частоты выявления наблюдается в группе органических и аффективных расстройств – в 2-2,5 раза. Серьезный уровень снижения выявляемости психических расстройств наблюдается у детей: выявляемость нарушений психологического (психического) развития снижается более чем в 6 раз, эмоциональных и поведенческих расстройств – в 3 раза.

Таблица 4

Показатели первичной заболеваемости по группам психических расстройств и месту проживания (данные психиатрических служб)

Группы психических расстройств	Число больных							
	в г. Чебоксары		в Цивильском районе		в Алатырском районе		всего	
	абс.	на 10 тыс. нас.	абс.	на 10 тыс. нас.	абс.	на 10 тыс. нас.	абс.	на 10 тыс. нас.
F00-F09	1761	38,86	61	15,97	26	13,66	398	7,80
F20-F29	103	2,27	4	1,05	4	2,10	98	1,92
F30-F39	119	2,63	3	0,79	2	1,05	27	0,53
F40-F49	2418	53,36	22	5,76	11	5,78	279	5,47
F50-F59	218	4,81	–	–	–	–	–	–
F60-F69	222	4,90	3	0,79	1	0,53	116	2,27
F70-F79	108	2,38	18	4,71	7	3,68	133	2,61
F80-F89	159	3,51	1	0,26	1	0,53	120	2,35
F90-F99	143	3,16	4	1,05	3	1,58	79	1,55
Всего	5251	115,87	116	30,36	55	28,90	1250	24,49

Полученные результаты свидетельствуют о том, что высокий уровень выявляемости непсихотических психических расстройств в ЧР напрямую связан с развитием психотерапевтической службы. Одним из немаловажных факторов высокого уровня обращения к психотерапевтам г. Чебоксары является удобство расположения здания психотерапевтического центра, организация психотерапевтической помощи и профессиональный уровень психотерапевтов, работающих в лечебно-диагностическом отделении (психотерапевтический центр). Тот факт, что психотерапевтическая служба сосредоточена вне психоневрологического диспансера, существенно снижает уровень стигматизационной напряженности и повышает уровень обращения за помощью к специалисту.

Психиатрические кабинеты при отсутствии на территории обслуживания психотерапевтической службы не могут в полной мере компенсировать потребность населения в психотерапевтической помощи. Недостаток психотерапевтических кадров, отсутствие должностей врачей-психотерапевтов в учреждениях, оказывающих первичную медицинскую помощь, может крайне негативно сказаться на психическом здоровье населения, приводить к хронизации психических расстройств, утяжелению клинической симптоматики, что в свою очередь увеличит расходы на оказание психиатрической помощи.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов-н/Д, 1996. 112 с.
2. *Казаковцев Б.А.* Развитие служб психического здоровья: руководство для врачей. М., 2009. 672 с.
3. *Калинина Е.В.* Оценка пациентами своего психического состояния при впервые возникших психических расстройствах // Материалы 4-го съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. Чебоксары, 2010. С. 112-113.
4. *Калинина Е.В.* Причины поздней диагностики психических расстройств и варианты оказания психиатрической помощи в новых экономических условиях // Здравоохранение Чувашии. 2005. № 4. С. 56-60.

5. *Калинина Е.В.* Характеристика больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в Чувашской Республике: клин.-эпидемиол. и соц.-демогр. аспект: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 24 с.
6. *Калинина Е.В.* Частота и причины обращаемости первичных пациентов психиатрического профиля в общесоматическую сеть // Материалы общерос. конф. «Реализация подпрограммы "Психические расстройства" Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)"». М., 2008. С. 512-514.
7. *Козлов А.Б.* Этнокультуральные особенности распространенности и клиники невротических и соматоформных расстройств среди населения Чувашской Республики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 22 с.
8. *Николаев Е.Л.* Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 2. С. 136-142.
9. *Николаев Е.Л.* О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // Соц. и клин. психиатрия. 2006. Т. 16. № 3. С. 38-45.
10. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары, 2006. 383 с.
11. *Николаев Е.Л., Орлов Ф.В.* Этапы развития психотерапии и клинической психологии в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 63-67.
12. *Суслова Е.С., Николаев Е.Л.* Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костром. гос. ун-та им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328-332.
13. *Чуркин А.А., Творогова Н.А.* Характеристика психических расстройств среди населения Российской Федерации за 1993-2003 гг. Ч. 1 // Психическое здоровье. 2006. № 1 (1). С. 22-31.

**СТРУКТУРИРОВАННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ
ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Г. Резвый, Т. Сёрли

Университет Тромсё, Тромсё, Норвегия

**STRUCTURED DIAGNOSTIC INTERVIEW
FOR MENTAL DISORDERS
FOR GENERAL PRACTITIONERS**

G. Rezvy, T. Sørli

University of Tromsø, Tromsø, Norway

Mental disorders are leading causes of morbidity worldwide and widespread in industrialized countries, ranging from 4,3 to 26,4 % annually in the general population (WHO, 2004; Mathers and Loncar, 2006). Prevalence estimates of these disorders in primary care range between 10 % and 20 %. In Western countries, mental disorders are mainly treated in primary care, with general practitioners (GPs) providing the initial clinical contact. During their lifetime, about 80 % of the population in industrialized countries consults a GP, of which roughly between 30 and 40 % have significant psychological symptoms (Fleury et al, 2012). Given the high prevalence of mental disorders, GPs are increasingly called upon to provide appropriate treatment. Psychiatric services alone can neither meet the demand for care nor provide it cost effectively. It is reported that more than 75 % of patients with depression will relapse or experience recurrence (Lloyd et al, 1996). Accordingly, primary care is the cornerstone of current efforts to improve the performance and results of healthcare systems.

The GPs play the central role in most European countries, including Norway, both as gate-keepers and treating professionals concerning patients with mental health problems. This is especially the case in rural areas where there is a shortage of both specialist mental

health services and primary care clinicians. The majority of people with anxiety and depression who engage in treatment do so with GPs in the first instance. As such, GPs play a main role in the identification and management of such patients (Regier et al, 1993; Hodgins et al, 2007). In Norway, GP's efforts should be complemented by increasing of number of locally based specialized psychiatric services (district psychiatric centers – DPS) in the last 10-15 years. The DPS's have to be consultative and cooperation partners for GPs in the mental health issues. However, this cooperation has not been as successful as expected, among others because of lack of common professional language, mutual knowledge and often misunderstanding (Fredheim et al, 2011).

GPs' ability to detect, diagnose and adequately treat patients with mental disorders is often considered unsatisfactory. Comparison of research interview results with GPs' detection of mental disorders reveals that 30-70 % of GPs' patients with mental disorders remain undetected (Walters et al, 2008). There are some barriers which hinder GPs to discover mental health problems in routine practice. These include both individual and systemic issues: personal and professional beliefs and the degree to which priority is given to mental disorders, adequate training and experience, high work load for GPs not allowing for a consultation time necessary for the formation of an adequate treatment alliance and understanding of the situation and condition of the patient and stigmatization issues preventing the patients to disclose their mental health problems.

GPs are responsible for managing the majority of mental health problems in the health services and most of them attempt to fulfill this role with no more training than they received during undergraduate medical education. There is evidence that both recognition and management of mental disorders could be improved (Kerwick et al, 1997). The traditional postgraduate educational system has been criticized for not being effective or relevant for GP's needs for psychiatric education.

A structured diagnostic interview for mental disorders for GPs might be the most effective method to detect mental disorders in primary care. According to several comparative studies, the structured interviews have been considered as more effective and precise

than unstructured ones in clinical settings, especially concerning the common psychiatric disorders (Miller, 2001; Jensen et al, 2002; Thienemann, 2004). One example of such diagnostic tools is "Structured Psychiatric Interview for General Practice" (SPIFA) which was developed and validated in Norway in 1995-2003 (mostly in Nord-Trøndelag County). After only a brief training program for GPs', SPIFA provides structured and systematic assessment and reliable diagnoses of the most common mental health disorders (Dahl et al, 2009). The GPs who participated in the study were mostly satisfied with the SPIFA which showed to be an effective diagnostic instrument with simple structure and short time requirement. The Norwegian version of the SPIFA has been modified and tested in Sweden and Finland. Several hundred GPs have accepted the tool for their everyday using in clinical practice (Dahl et al, 2002, 2009).

SPIFA consists of a screening and manual part, each of them in short and longer versions (Dahl et al, 2009). Final revised edition was made in 2003 and contain criteria for 18 mental disorders: ten most common psychiatric disorders and conditions in general medical practice in the short part of the interview (depression, bipolar disorder, panic disorder, agoraphobia, social phobia, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, somatoform disorders, alcohol abuse and dependence and cognitive impairment) and eight less typical for GP in the longer part (adjustment disorder, post-traumatic stress disorder, eating disorders, suicidality, substance abuse, psychosis, mental disorders related to somatic condition, personality disorders). The manual part contains criteria which could be used to define and confirm diagnosis in the case of positive screening.

The SPIFA is partly based on the well known instruments:

1) the criteria for depression condition are chosen from the Montgomery-Åsberg Depression Ration Scale (MADRS) (Montgomery and Åsberg, 1979);

2) the criteria for cognitive dysfunction based on the Mini-Mental Status 12 items version (Folstein et al, 1975);

3) suicidality criteria from the manual recommended by the National Health Services.

The SPIFA contains also the split version of the Global Assessment of Functioning Scale (Pedersen et al, 2007).

The Russian primary health care is under comprehensive reform. In 1987 a gradual transition from an entirely specialized outpatient health care to establishing of general practice (family doctors clinics) was initiated. According to new professional standards, the family doctors should actively participate in diagnostic evaluation and treatment of patients with psychiatric problems. The competence requirements for these tasks were defined in the National education standard for specialists in family medicine from 2005. According to this document, the family doctors should be able to communicate with psychiatric patients so that they could discover suicidality and use simple diagnostic methods to uncover depression and alcohol/ drug abuse. The family doctors should have basic theoretical knowledge about main psychopathological psychiatric conditions, indications for admission to psychiatric hospital and principles of acute psychiatric assistance.

Today's mental health system in Russian Federation, both hospital and outpatient-based, still mostly consists of specialized psychiatric services working after the territorial principle (Rezvy et al, 2007). The outpatient mental health services are represented by local psychiatric specialists working at the district polyclinics and districts / countries psychiatric dispensary or centers.

The collaboration between primary care and specialized mental health services is still weakly developed and most of the family doctors are reluctant to take responsibility for psychiatric patients. The use of a structured psychiatric interview in primary care may significantly contribute to remedy these limitations.

For the time being, no structured diagnostic instrument for mental health problems is available for Russian primary care settings. We are now preparing a study in which the SPIFA will be adapted to Russian language and culture and tested in a Russian primary care setting in Archangelsk County.

References

1. Dahl A.A., Krüger M.B., Dahl N.H., Karlsson H., Knorring L.V., Stordal E., Mykletun A. Angst, depresjon og psykiatrisk epidemiologisk forskning I Nord-Trøndelag. // Norsk Epidemiologi. 2002. Vol. 12 (3). S. 347-353.

2. *Dahl A.A., Dahl N.H., Krüger M.B.* Strukturert Psykiatrisk Intervju for Allmennpraksis – SPIFA, Revidert kort- og utvidet versjon. iDANT, GlaxoSmithKline, 2003.
3. *Dahl A.A., Krüger M.B., Dahl N.H., Karlsson H., Knorring L.V., Stordal E.* SPIFA – a presentation of the structured psychiatric interview for general practice. // *Nord. J. Psychiatry.* 2009. Vol. 63 (6). P. 443-453.
4. *Fleury M.J., Imboua A., Aube D., Farand L., Lambert Y.* General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice.* Vol. 13. P. 19.
5. *Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.* "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. // *J. Psychiatr. Res.* 1975. Vol. 12 (3). P. 189-198.
6. *Fredheim T., Danbolt L.J., Haavet O.R., Kjøsberg K., Lien L.* Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. // *Int. J. Ment. Health Syst.* 2011. Vol. 23, N 5 (1). P. 13.
7. *Hodgins G., Judd F., Davis J., Fahey A.* An integrated approach to general practice mental health training: the importance of context. // *Australasian Psychiatry.* 2007. Vol. 15 (1). P. 52-57.
8. *Jensen A.L., Weisz J.* Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002. Vol. 70. P. 158-168.
9. *Kerwick S., Jones R., Mann A., Goldberg D.* Mental health care training priorities in general practice. // *Brit. J. Gen. Pract.* 1997. N 47 (417). P. 225-227.
10. *Lloyd K.R., Jenkins R., Marin A.* Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice. // *BMJ.* 1996. Vol. 313 (7048). P. 26-28.
11. *Mathers C., Loncar D.* Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. // *PLoS Medicine.* 2006. Vol. 3 (11). P. 442.
12. *Miller P.* Inpatient diagnostic assessments. Part 2. Interrater reliability and outcomes of structured vs. unstructured interviews. // *Psychiatry Res.* 2001. Vol. 105. P. 265-271.
13. *Montgomery S., Åsberg M.* A new depression scale designed to be sensitive to change. // *Br. J. Psychiatry.* 1979. Vol. 134. P. 382-389.
14. *Pedersen G., Hagtvedt K.A., Karterud S.* Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning – split version. // *Comprehen. Psychiatr.* 2007. Vol. 48. P. 88-94.

15. *Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S., Manderscheid R.W., Locke B.Z., Goodwin F.K.* The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993. Vol. 50. P. 85-94.
16. *Rezvy G., Øiesvold T., Parniakov A., Ponomarev O., Lazurko O., Olstad R.* The Barents project in psychiatry: a systematic comparative mental health services study between Northern Norway and Archangelsk County. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2007. Vol. 42. P. 131-139.
17. *Sørli T., Rezvy G., Høifødt T.S., Jashkovich V., Proselkova E.* Collaboration in psychiatry between Archangelsk and Northern Norway. // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2011. Vol. 23, N. 131(16). S. 1568-1570.
18. *Thienemann M.* Introducing a structured interview into a clinical setting. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2004. Vol. 43. P. 1057-1060.
19. *Walters P., Tylee A., Goldberg D., Murray R.M., Kendler K.S., McGuffin P., Wessely S., Castle D.J.* Psychiatry in Primary Care. *Essential Psychiatry.* 4th edition. Cambridge: Univ. Press, 2008. P. 479-497.
20. WHO: World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organisation Mental Health Surveys. // *JAMA.* 2004. Vol. 291 (21). P. 2581-2590.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ
К ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ:
В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ – ЛИЧНОСТЬ**

В. Рутц

*Университет прикладных наук, Кобург, Германия
Служба общественного и психического здоровья, Стокгольм, Швеция*

Введение. В последние годы отмечается изменение взглядов на психическое здоровье и психическую патологию. Внимание здравоохранения с фокуса этиологии, феноменологии и последствий психических расстройств распространяется на более широкие перспективы, в частности на социальные причины и проявления психического нездоровья. Сегодня с учетом социального контекста можно выделить такие состояния, как психическое нездоровье, синдромы, связанные с социальным стрессом, смерть. Их деструктивный характер для общества и индивида, живущего в этой среде, становится все более очевидным.

Данные медицинской статистики свидетельствуют, что заболевания и состояния, связанные с социальным стрессом, – заболеваемость и болезненность, включая растущую смертность по причине самоубийств, несчастных случаев, насилия, зависимостей, сердечно-сосудистых заболеваний и убийств, – не только имеют социально-экономические последствия, но и глубоко влияют на устои общества, поражая систему его морально-нравственных ценностей и социальную структуру. Драматические подтверждения этому мы находим в резком сокращении продолжительности жизни, росте преждевременной смертности, уменьшении численности населения в 1990-е годы в странах Европы с переходной экономикой.

Инновационный подход медицинских профессиональных организаций. Всемирная психиатрическая ассоциация несколько лет назад предложила институциональную программу осмысления и концептуализации инновационного подхода "Психиатрия для человека", которая учитывает перечисленные факторы. Согласно программе деятельность по оказанию психи-

атрических услуг, их планирование должны быть ориентированы на конкретного человека, т.е. быть адаптированными к потребностям отдельных лиц и различных групп риска.

Именно поэтому конечные результаты и социальные последствия такой политики, так же как и хорошо очерченные программы развития и профилактики в рамках социальной модели развития психического здоровья, нуждаются во всеобъемлющем сопоставлении с классическим индивидуально-ориентированным взглядом на первичную профилактику заболеваний. Необходимы научные исследования по оценке существующих программ и получение новых данных (Mezzich, 2007).

Стресс переходных состояний. Социальный стресс часто ассоциируется с переходными явлениями на индивидуальном или групповом уровне (Gayvoronskaya E, 2012). Психическое нездоровье, связанное со стрессом, в частности вызванные стрессом депрессивные состояния, ведут к психическим нарушениям, расстройствам, и в худшем случае – срыву механизмов адаптации человека, его копинг-способностей и регуляции поведения, что влияет на функциональные возможности как самого человека, так и всего общества в целом, с его структурными недостатками, а также психосоциальной и биологической уязвимостью человека.

В связи с этим важной задачей является выявление и влияние на индивидуальные возможности человека и его жизненный курс, так же как и на социальные установки поддержания устойчивости и салютогенного потенциала общества. Важно противодействовать тем патогенным факторам, которые формируют уязвимость личности и способствуют декомпенсации и ухудшению ее здоровья. Среди них сегодня выделяют: беспомощность, потерю экзистенциального единства, социальные потрясения, нарушения личностной неприкосновенности, автономии, достоинства и идентичности.

Таким образом, в настоящее время востребованы такие подходы, ориентированные на общество, которые усиливают специфический защитный и салютогенный потенциал различных групп населения и противодействуют специфическим факторам уязвимости и риска, факторам патогенного потенциала (Rutz, 2006, 2011b).

Необходимость инновационных стратегий. До сих пор профессиональные и политические стратегии охраны психического здоровья часто нацелены на "выбор здорового образа жизни", который в соответствии с традиционными концепциями совершается человеком на основе личной ответственности.

Тем самым в политических дискуссиях нередко упускается из вида ответственность общества и его лидеров, принимающих решения, за политический выбор "здорового образа жизни" и прогнозирование влияния последствий определенных политических решений на психическое и физическое здоровье общества.

Очевидно, что должно распространиться новое мышление, основывающееся на политической приверженности содействию совершению человеком "здорового выбора". Это может быть сделано через расширение доступности для граждан таких детерминант психического здоровья, как автономия, самоуправление, смысл, плюрализм, толерантность, социальная сплоченность, а также личностная идентичность, целостность и достоинство.

Сегодня службы психического здоровья, отказываясь от политических дискуссий, часто производят впечатление "обороняющихся" и возвращающихся к упрощенной модели психиатрии и психического здоровья. Поэтому мы можем быть свидетелями негативных, а иногда и драматических результатов недостаточно продуманных, профессионально неподготовленных и не учитывающих последствия для психического здоровья общества политических действий. Такая политика способствует появлению описанных социальных синдромов стресса, росту заболеваемости и смертности в связи с социальными синдромами стресса и психическим нездоровьем, насилием, суицидами, рискованными формами поведения, а также в связи с зависимостями, ожирением, диабетом типа В, сердечно-сосудистыми заболеваниями (Rutz, 2005, 2011a).

Кроме того, регрессивные социальные явления могут быть последствиями не подвергавшегося анализу социально обусловленного стресса: поиск "козла отпущения", отсутствие толерантности, конформизма, "черно-белое" мышление, тенденции к принятию упрощенных решений, фундаментализм, регрессивные авторитарные или тоталитарные структуры, которые можно

наблюдать в европейских посттравматических обществах после периодов раскола, внутренних конфликтов и войн (WHO, 2004).

Цена за такое направление социального развития высока и ведет общество к нарушению социальной сплоченности, насилию и дегуманизации.

Сегодня встает задача выработки и внедрения программ охраны психического здоровья нового типа, которые позволили бы объединить интеллектуальные, профессиональные и политические ресурсы, направленные на реализацию принципов экологии психического здоровья человека через создание благоприятной окружающей социальной среды в обществе.

Основные принципы инновационного подхода

1. Внимание к правам человека, в т.ч. политическая и профессиональная гуманизация. ООН, также как и ВОЗ, – одна из важнейших международных организаций, объявила, что не только здоровье и лечение, но и доступ к детерминирующим условиям и факторам здоровья является неотъемлемым правом любого члена общества. Эти психосоциальные детерминанты здоровья, согласно современной доказательной исследовательской базе, определяются как саморуководство, отсутствие беспомощности, экзистенциальное единение, ощущение значимости в жизни, социальная сплоченность, а также значимость и доступ к целостности, идентичности, достоинству и уважению.

Сегодня эти детерминанты здоровья едва ли реализуются в каком-либо обществе и для каждого в полной мере, особенно в таких группах риска, как беженцы, пожилые, подростки, безработные (WHO, 1999).

2. Суммарные и индивидуальные различия – необходимость лично-центрированной охраны здоровья. Лично-центрированный подход в лечении и профилактике, признаваемый по отношению к отдельному члену общества, находит воплощение в политике здравоохранения, направленной на всех членов общества и окружающие их психосоциальные условия существования. Сегодня он должен быть распространен и на отдельные группы населения и группы риска в обществе (Nikolaev, 2011).

Должны быть приняты во внимание и общие факторы риска, характерные для различных культур и сообществ. Среди них:

- уровни секуляризации, безработицы и трудовой нестабильности;
- ниспровержение идеологий, религий и иных значимых смысловых систем;
- изменение системы ценностей в сторону большей или меньшей степени дегуманизации;
- перенос акцента с ценности человека и личности на ценности акционера и максимизации доходов;
- неравенство полов, возможности трудоустройства, распределения доходов, в т.ч. увеличение разрыва по доходам в различных слоях населения;
- дезинтеграция и насилие в обществе и семье;
- отсутствие индивидуальности и признания наряду с потерей социального и профессионального статуса;
- ситуация экзистенциального вакуума в обществах с прежде сильно доминирующей идеологией и религией (deMarinis, 2005; Wilkinson, 2008).

3. Последствия стресса переходных состояний отражают индивидуальную уязвимость личности и населения. Последствия социального стресса, связанного с драматическим переходным периодом и сменой системы ценностей, легко заметны в некоторых странах и обществах Восточной Европы, так же как в группах риска населения стран западной Европы. Драматический переходный период последних двух десятилетий привел к росту заболеваемости и смертности из-за социально стрессового синдрома, проявляющегося депрессией, суицидами, насилием, зависимостями, церебральными и кардиоваскулярными нарушениями, несчастными случаями, рискованными формами поведения, убийствами. Все это привело к резкому сокращению продолжительности жизни во всем обществе и группах риска.

В то же время в части стран наблюдается поворот к позитивным салютогенным социальным процессам, которые могут обеспечить улучшение ситуации со здоровьем населения. Примером может послужить улучшение положения с продолжительностью жизни в странах Восточной и Центральной Европы, вошедших в

Европейский союз, где в относительно короткий период были взяты под контроль факторы, влияющие на здоровье, где в обществе вновь появилась предсказуемость, надежда, самоопределение, самоуправление, где вновь усилилось социальное и экзистенциальное единение, а безысходность, отсутствие самоконтроля и разотождествление личности сократились (Värnik, 2010).

4. Политика охраны здоровья населения должна быть личностно-центрированной как на индивидуальном, так и на совокупном уровнях. Необходимо постоянное мониторингование ситуации. Национальные европейские системы здравоохранения в последнее время стали значительно концентрироваться на психическом здоровье и обеспечивающих его условиях. Сегодня в нескольких странах учреждены специальные институты общественного психического здоровья. Другие правительства сместили акценты или расширили свои возможности в вопросах психического здоровья населения. Была тщательно изучена ситуация по развитию общественного психического здоровья в самотогенном направлении (WHO European Office, 2000).

Сфера приложения подобной деятельности направлена на округа, сообщества, школы, больницы, рабочие места для заботы о пожилых, поддержки образования и профессионального роста, работы по вопросам суицидов и гендерной специфики, в ситуациях изменения ценностей у мигрантов и беженцев, отсутствия перспектив и предсказуемости, неясности смысла жизни, агрессивной деструктивности и рискованных форм поведения у подростков. Особое внимание следует уделять положению психически уязвимых лиц, которые нуждаются в содействии и поддержке, но вместо этого нередко получают лекарственную терапию и услуги в редуцированной форме (Amering and Schmolke, 2007).

Проблемы могут быть также связаны с группами мигрантов из стран с традиционными преמודернистскими ценностями, далекими от принципов секуляризма и самореализации, доминирующими в принявших их странах, особенно в странах Западной и Северной Европы. Здесь необходимы культурно-сенситивные подходы, уже частично реализуемые в нескольких странах. Особое внимание необходимо уделять вопросам духовного благополучия и ситуациям экзистенциального кризиса, вы-

званным значительными изменениями в системе ценностей личности, высокую предрасположенность к чему проявляют группы риска, представленные мигрантами, беженцами, вынужденными переселенцами. Но даже внутри одного общества нередко встают подобные вопросы, связанные со сменой поколений или глубинными социально-политическими изменениями. Так, население Восточно-Европейских стран было вынуждено столкнуться лицом к лицу с процессами постмодернистской секуляризации, потери религии, идеологии и иных значимых смыслообразующих основ. В подобной ситуации наиболее важна наполненная смыслом и сфокусированная на личности система охраны здоровья, поддерживающая индивидуальные личностные ресурсы и стимулирующая потребность поиска экзистенциального смысла и этических ценностей (Melder, 2011).

Успешной реализации такого подхода способствует наличие позитивных примеров подобной деятельности. Это прежде всего постоянный мониторинг состояния общего и психического здоровья отдельных лиц, различных групп риска и общества в целом, определение уязвимых звеньев, трудностей и последствий влияния на здоровье различных групп населения проводимых мероприятий по охране здоровья и изменений в политике здравоохранения (European Comission, 2007).

5. Психическое здоровье населения – потребность в экологическом сознании, инвестициях в здоровье и анализе воздействия. Последствия влияния неблагоприятного психического окружения и непродуманных политических действий на состояние психического здоровья огромны. Исследования показали, что экономические последствия психического нездоровья, как минимум, соответствуют затратам, связанным с физической болезнью, вызванной неблагоприятными физическими факторами. Возможно, они значительно превосходят эти затраты как на индивидуально-личностном, так и на совокупном общественном уровне.

Несмотря на это, деятельность большинства национальных систем здравоохранения до сих пор, в основном или полностью, ориентирована на физическое здоровье и физическое окружение, а разрыв между тем, что делается, и тем, что должно быть сделано и реально осознается политиками, очень велик.

В связи с этим крайне необходим личностно-центрированный подход, адаптированный к различным салютогенным возможностям и факторам уязвимости, специфическим неблагоприятным воздействиям окружающей среды на отдельных индивидуумов из групп риска.

Даже с учетом того, что в нескольких странах есть хорошие примеры содействия салютогенной деятельности в отношении неблагоприятных для психического здоровья факторов в форме специальных программ, стратегий, политики, в охране здоровья населения все еще ощущается недостаток экологического по отношению к человеку подхода.

Такой подход должен включать в себя механизмы поддержки готовности специалистов сферы психического здоровья выступать в роли "информационного центра" по вопросам психического здоровья человека и связанными с ним факторами окружающей среды, проводя анализ возможных рисков и описание последствий принимаемых властями социально-политических решений (WHO, 2001; WHO Europe, 2003).

6. Личностно-центрированное содействие психическому здоровью как важный вклад в развитие общества. Личностно-центрированная политика охраны здоровья должна включать в себя мероприятия по учету здоровья, как в государственном, так и в частном секторах. Они могут обеспечивать образование и укрепление потенциала, распространение информации и повышение осведомленности о влиянии политических решений на психическое здоровье.

Наконец, она должна разъяснять, что при обращении к теме окружающей среды и здоровья необходимо рассматривать вопросы психического здоровья и психосоциальной окружающей среды как одну из важнейших экологических проблем человека, с которой не только в будущем, но уже сегодня необходимо работать.

Не существует личного здоровья без личного психического здоровья, так же как без индивидуализированного и адаптированного к потребностям человека содействия общественному здоровью, нет содействия личному здоровью.

Общественное и личное психическое здоровье – дело каждого. В то же время это важная межсекторальная задача. Содейст-

вие личному психическому здоровью включает в себя политические действия, направленные на инвестирование в психическое здоровье как наиболее ценный капитал общества (Rutz, 2005).

Пути развития. Новые и адекватные стратегии должны включать ясные механизмы инвестирования в психическое здоровье, анализ воздействия, а также непрерывную оценку влияния на психическое здоровье населения политических решений и изменений, в т.ч. стратегий содействия психическому здоровью, а иногда и политическое мужество не делать больше "того же самого".

Сегодня существует общая профессиональная задача для всех специалистов сферы охраны психического здоровья – содействовать общественному психическому здоровью как одному из наиболее важных факторов развития общества и использовать в практической деятельности результаты социально-психиатрических и нейропсихиатрических научных исследований. Целью должны быть действия по охране психического здоровья, которые учитывают базовые экзистенциальные, психосоциальные, нейропсихиатрические и гуманистические принципы, лежащие в основе деятельности человека, его жизни и благополучия, формируя ключевые условия человеческого существования.

Необходимо подчеркнуть, что для реализации этих задач должен быть сделан акцент на необходимости инвестирования в психическое здоровье, принципах такого инвестирования, организации учета состояния психического здоровья, экологическом анализе, а также на влиянии условий окружающей среды и общественных экологических действий на психическое здоровье.

Важная роль здесь отводится психиатрическим командам, в частности командам и психиатрическим службам с опорой на сообщество. Именно они должны посылать тревожные сигналы и выполнять роль консультанта в сообществе. Им следует взять на себя функции анализа и разъяснения, а также прямой поддержки процесса принятия решений в политическом, общественном и частном секторах.

В связи с этим решающее значение имеют стратегии разработки образовательных программ, научные и иные механизмы поощрения инновационной психиатрической и иной профессиональной идентификации, сочетание профессионального и обще-

ственного характера действий, открытость новым профессиональным задачам, поддержка роста общественного и политического сознания и создание необходимых возможностей (Eisenberg 2007, Marmot 2005).

Заключение. *Не только климат, но и экология человека, и понятие окружающей среды психического здоровья – политически важный вопрос.*

Для этого нам необходима экспертиза окружающей среды, проводимая заинтересованными специалистами в сфере психического здоровья, обученными в области содействия психическому здоровью населения и экологии человека. Это должны быть специалисты, кому доверяют, кто профессионально занимается данной деятельностью, кому предоставлены полномочия политическими силами общества, принимающими решения.

Психическое расстройство и нездоровье, понимаемые не только как индивидуальное состояние, но и как социальный феномен, имеют грани, связанные не только с экономической и психопатологической составляющими, но и с последствиями, влияющими на функционирование всего общества, в целом.

Сегодня совершенно необходим политический акцент на экологии человека и тех факторах, которые определяют функционирование человека. Этот выбор должен быть согласован со специалистами в области психического здоровья, работающими в сфере социальной психиатрии, и представлен органам управления здравоохранения с целью содействия развитию психического здоровья населения, снижения заболеваемости, смертности, предотвращения негативных социальных процессов.

Литература

1. *Amering M., Schmolke M.* Recovery – das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007.
2. *DeMarinis V.* Pastoral Care – existential health and existential epidemiology. A Swedish postmodern case study. Stockholm: Verbum, 2003.
3. *Eisenberg L.* Psychiatry and Human Rights. Putting the Good of the Patient first. // Juan Jose Lopez-Ibor Award Acceptance Speech. World Congress of Psychiatry. Prague, Czech Republic, 2007.

4. *Gayvoronskaya E.* Eastern European considerations on the person with the disease at the center of teaching. // International J. of Person Centered Medicine. 2012. N 2 (1). P. 33-37.
5. Health for All in the 20th century. "The solid Facts". WHO Office for Europe, Copenhagen, 1999.
6. *Marmot M.* Public Health, Social Determinants of Health, Inequalities. // Lancet. 2005. N 365 (9464). P. 1099-1104.
7. *Melder C.A.* The epidemiology of lost meaning. A study in psychology of religion and existential public health in a Swedish context. // Acta Universitatis Upsaliensis. Psychologia et sociologia religionum. 2011. N 25. P. 305.
8. Mental Health: New Understanding, New Hope. The World Health Report. Geneva, WHO, 2001.
9. *Mezzich J.E.* Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism. // World Psychiatry. 2007. N. 6. P. 1-3.
10. *Nikolaev E.L.* Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. // International J. of Person Centered Medicine. 2011. N 1 (3). P. 482-485.
11. *Rutz W.* Mental Health in Europe. Diversities, possibilities, shortcomings, challenges. The WHO perspective. // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2001. N. 251, suppl. 2. P. 113-115.
12. *Rutz W.* Person-centered public health promotion: an overview and a plea. // International J. of Person Centered Medicine. 2011. N 2 (2). P. 306-309.
13. *Rutz W.* Reflections on Public Health: principles for a person-centred promotion of mental and physical Health. // International J. of Person Centered Medicine. 2011. N 1 (3). P. 435-439.
14. *Rutz W.* Seelische Gesundheit, Stigma und Ausgrenzung aus Europäischer Perspektive. / Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. (eds. Gaebel W., Möller H-J. & Roessler W.). Stuttgart: Kohlhammer, 2005.
15. *Rutz W.* Social psychiatry and public mental health – present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? // Acta Psychiatrica Scandanavica. 2006. N. 113, suppl. 429. P. 95-100.
16. The Athens Declaration on Mental Health, Stigma and Man made Disaster. WHO Office for Europe, Copenhagen, 2002, 2004.
17. *Värnik A.* Gender, Age and Suicide. // Lecture hold at The International Conference on Social and Primary Health Determinants of Suicide in Eastern Europe. Tallinn, Estonia, 2010.
18. WHO Regional Committee. Conference Paper: Mental Health in Europe. WHO Office for Europe, Copenhagen, 2003.
19. *Wilkinson R.* The Spirit level. London: Penguin Group, 2010.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ОПРОС РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ОБ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ И ОЦЕНКИ

А.В. Голенков, С.А. Сафронов

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Чебоксары; Алатырская психиатрическая больница, Алатырь*

Актуальность исследования. Отношение человека к лечению, во многом определяющееся наличием адекватной информации о его методах, является важной составляющей его внутренней картины здоровья и внутренней картины болезни [5]. Электросудорожная терапии (ЭСТ) в Чувашии используется с 1964 г. Ежегодно ее получает 1,5-3 % больных с психическими расстройствами (ПР). Улучшение наблюдается в 59,5 % случаев, значительное улучшение с ремиссиями высокого качества – в 10,6 %, что связано с использованием метода главным образом у больных шизофренией (более 90 %), резистентных к проводимой терапии [4].

Наши предыдущие работы были посвящены изучению отношения к ЭСТ врачей, медицинских сестер и студентов-медиков [1], психически больных [3], а также населения Чувашии [2]. Все эти исследования подтвердили низкую информированность населения республики об ЭСТ и в целом негативное его отношение к данному методу лечения. На оценки влияли пол, возраст, уровень образования, источник получения информации [1, 2]. Однако остались не изученными мнения родственников больных с ПР и их осведомленность об ЭСТ.

Характеристика респондентов и методы исследования. Опрошено 397 родственников больных (мужчин – 156, женщин – 241) в возрасте от 16 до 82 лет; средний возраст $48,0 \pm 14,1$ года. Начальное образование имели 32 респондента,

среднее – 142, среднее специальное – 166, высшее – 47; в городских поселениях проживало 66,8, в сельских – 33,2 %.

В исследовании использовали оригинальную анкету из 14 вопросов, созданную на основе [6, 8, 9]. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения и стандартного отклонения), χ^2 -распределения. Когда один или несколько показателей были меньше 4, использовалась поправка Йейтса.

Результаты исследования. Знали что-то об ЭСТ 108 из 397 человек (27,2 %). Самые низкие показатели имели лица с начальным образованием (9,4 против 22,2-37,3 %; $\chi^2=6,60$; $p=0,01$). Пол, возраст и место жительства родственников не влияли на осведомленность об ЭСТ.

Большинство респондентов (53,7 %) узнали об этом методе лечения из средств массовой информации, включая зарубежные художественные фильмы. От врачей (медсестер) получили информацию об ЭСТ 33,3, от других людей – 13 % (таблица).

Ответы родственников больных, %

Вопрос	Да	Нет	Не знаю
ЭСТ – опасный метод лечения?	36,1	10,2	53,7
ЭСТ хуже лекарств?	30,6	25,0	44,4
ЭСТ может проводиться нелегально (подпольно)?	10,1	46,3	43,5
ЭСТ часто злоупотребляют?	9,3	29,6	61,1
ЭСТ используют для наказания непослушных больных?	11,1	26,9	62,0
ЭСТ – мучительная (болезненная) процедура?	27,8	12,9	59,3
ЭСТ должна использоваться как "средство последней надежды"?	14,8	46,3	38,9
Дали бы Вы согласие на проведение ЭСТ у Вашего родственника еще раз в случае ухудшения его психического состояния	11,1	33,3	55,6

Как видно в таблице, отчетливо преобладают ответы "Не знаю" на большинство вопросов анкеты. Превалировало негативное отношение к ЭСТ, низкая осведомленность о процедуре лечения, отказ от ее проведения, даже в случае прогрессирования

ПР. Женщины почему-то считали, что ЭСТ может проводиться нелегально (14,5 против 4,3 % у мужчин; $\chi^2=4,19$; $p=0,04$). Среди тех, кто согласился бы на процедуру лечения, чаще высказывались за то, чтобы ЭСТ использовалась "как средство последней надежды" (41,7 против 11,5 %; $\chi^2=7,71$; $p=0,005$).

Только 4 респондента (3,7 %) указали, что их родственники в прошлом получали ЭСТ. Хотя все они были проинформированы о данном методе лечения врачами (100,0 против 30,8 %; $\chi^2=5,48$; $p=0,01$), они чаще других опрошенных считали ЭСТ мучительной (болезненной) процедурой (50,0 против 7,7 %; $\chi^2=3,94$; $p=0,04$). Положительных оценок о методе не высказывали, видимо, из-за возникновения частых побочных эффектов (3 из 4 больных) и невысокой эффективности (ЭСТ помогла 2 из 4).

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что родственники больных имели самый низкий уровень осведомленности об ЭСТ в населении (27,2 против 35,2 % среди всего населения [2]; $\chi^2=10,2$; $p=0,001$). Подтвердилось наше предположение о более негативном отношении к данному методу лиц с низким уровнем образования, увеличении случаев среди них отказа от его применения и распространении неправильных представлений об ЭСТ [2]. Данные опроса совпадают с результатами, в которых средства массовой информации (фильмы) являются главным источником сведений об ЭСТ. Они, как правило, формируют у респондентов брутальные и шокирующие впечатления, вызывая резко отрицательные оценки и сверхсильные эмоции, процедура проведения представляется мучительной и болезненной. Информация, получаемая от врачей и медицинских работников, оказывается наиболее адекватной [8].

Нам не удалось подтвердить положение о том, что родственники больных, которым проводилось ЭСТ, лучше осведомлены и более позитивно настроены к повторному проведению данного метода лечения [6, 9]. Малочисленность наших наблюдений требует расширения группы наблюдения и повторного анализа на более представительном материале.

Отношение к ЭСТ родственников больных во многом зависит от результатов лечения. Чем выше эффективность, тем лучше оценки метода лечения [8]; чем тяжелее депрессия у больных до

проведения ЭСТ, тем выше корреляции с позитивным отношением к ЭСТ [10]. Большинство родственников больных после проведения курса процедур высказывались о пользе такого лечения, были удовлетворены его результатами и соглашались на использование ЭСТ в случае необходимости в будущем [6, 8, 10].

Бесспорно, что отношение к ЭСТ зависит от психообразовательной работы с больными и их родственниками [7]. Это в первую очередь добровольное получение от больного информированного согласия, возможность в любой момент (до и/или после очередной процедуры) отказаться от ЭСТ, качество сестринского ухода, профилактика осложнений, редукция (минимизация) страха перед процедурой. Уровень осведомленности может повысить информированное видео. Однако нужно с особой тщательностью подходить к выбору видеороликов, поскольку такие просмотры могут способствовать отказу, особенно больных, от лечения. Родственники обычно на видеоинформацию реагируют лучше, даже в ряде случаев проявляют повышенный интерес к ЭСТ [11].

Для преодоления страха перед процедурой могут использоваться специально разработанные программы обучения больных и их родственников. Например, предложен пятишаговый план интервенции для уменьшения тревоги (страха) за счет объяснения необходимости такого лечения, развенчания мифов и неправильных представлений об ЭСТ. Эту работу весьма успешно могут проводить специально обученные медицинские сестры [7].

Выводы. Родственники больных оказались самой мало информированной популяционной группой Чувашии в отношении ЭСТ и имели резко негативные оценки данного метода лечения. Этому также способствовали: низкий уровень образования респондентов, преимущественное получение знаний об ЭСТ из средств массовой информации и фильмов, отсутствие опыта ее применения у больного родственника. Указанные обстоятельства должны учитываться врачами при назначении больным ЭСТ. Изменение отношения к ЭСТ и другим методам лечения ПР должно стать частью программы повышения уровня психиатрической грамотности населения, психообразования больных и членов их семей. Это потребует от сотрудников психиатриче-

ской службы республики довольно напряженной, целенаправленной и кропотливой работы.

Литература

1. *Голенков А.В.* Отношение врачей, медицинских сестер и студентов к электросудорожной терапии // Психическое здоровье. 2009. № 9. С. 39-43.
2. *Голенков А.В.* Отношение населения Чувашии к электросудорожной терапии // Психическое здоровье. 2010. № 12. С. 46-50.
3. *Голенков А.В., Крылов Д.Н., Цымбалова А.Б. и соавт.* Информированность психически больных об электросудорожной терапии // Материалы 4-го съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. Чебоксары, 2010. С. 130-131.
4. *Иванов В.Н., Голенков А.В.* Десятилетний опыт использования электросудорожной терапии в лечении психических расстройств // Материалы 4-го съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. Чебоксары, 2010. С. 310-312.
5. *Николаев Е.Л.* О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 38-45.
6. *Chakrabarti S., Grover S., Rajagopal R.* Perceptions and awareness of electroconvulsive therapy among patients and their families: a review of the research from developing countries // J. ECT. 2010. Dec.; 26(4). P. 317-322.
7. *Dillon P.* Electroconvulsive therapy patient/family education // Convuls. Ther. 1995. Sep.; 11 (3). P. 188-191.
8. *Grover S., Chakrabarti S., Khehra N., Rajagopal R.* Does the experience of electroconvulsive therapy improve awareness and perceptions of treatment among relatives of patients? // J. ECT. 2011. March; 27(1). P. 67-72.
9. *Rajagopal R., Chakrabarti S., Grover S., Khehra N.* Knowledge, experience & attitudes concerning electroconvulsive therapy among patients & their relatives // Indian J. Med. Res. 2012. Feb.; 135(2). P. 201-210.
10. *Taieb O., Flament M., Corcos M. et al.* Electroconvulsive therapy in adolescents with mood disorder: patients' and parents' attitudes // Psychiatry Res. 2001. Nov.; 104(2). P. 183-190.
11. *Westreich L., Levine S., Ginsburg P., Wilets I.* Patient knowledge about electroconvulsive therapy: effect of an informational video // Convuls. Ther. 1995. March; 11(1). P. 32-37.

СИСТЕМА МНОГОУРОВНЕВОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

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

Современные научные исследования проблем психического здоровья нуждаются в применении многоуровневых подходов, позволяющих рассматривать проблему с множества позиций и интегрировать новые знания в целостную систему помощи [10, 16]. Болезнь является одним из факторов человеческой жизни, оказывающей комплексное воздействие на человека, ведущая его к необходимости функционирования в новых физических и психосоциальных условиях [2, 6, 7, 13, 19]. Болезнь сопровождается не только разнообразными клиническими проявлениями, она находит отражение и в реакциях личности на болезнь [3, 12, 14], сопровождается изменениями во многих других сферах жизни [1, 11, 15, 17].

Психосоматический подход рассматривает человеческий организм как систему, состоящую из психической и физиологической подсистем, вступающих во взаимодействие с внешней средой [8, 9]. При возникновении патогенных взаимосвязей возникает новое адаптивное состояние организма, определяемое как психосоматическое заболевание. Целостный подход подразумевает многоуровневость психического, которое может быть представлено физическим, когнитивным, аффективным, поведенческим, социальным и духовным уровнями функционирования личности. На физиологическом уровне адаптированность – это в первом случае – усилившееся равновесие между организмом и средой, а во втором – равновесие внутри организма. Социальная адаптация определяется как процесс и результат установления относительного взаимного соответствия между потребностями личности и требованиями социальной среды. Различные адаптогенные воздействия, опосредованные индивидуально-психологическими особенностями личности, предъявляют качественно различные

требования и обуславливают, в большей или меньшей степени, специфичные регуляторно-приспособительные реакции [5].

С учетом важности комплексного подхода к исследованию такого многомерного явления, как адаптация [4], и необходимости выявления динамики личностных изменений в ее процессе считаем целесообразным изучение феномена адаптивности в контексте биопсихосоциальной концепции здоровья и болезни. При этом адаптивность личности в данной работе рассматривается как ее важнейшее свойство, имеющее многоуровневый характер, и проявляющееся наличием определенного адаптивного потенциала, который имеет не только саногенную, направленную на оздоровление и исцеление составляющую, но и патогенную составляющую, определяющую создание условий для прогрессирования соматического заболевания или выход на уровень дисфункциональной адаптации личности к болезни [18].

В данной работе представлены результаты психологического исследования 185 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями различных клинических групп с помощью психодиагностических методик, позволивших выявить специфику функционирования личности на физическом, аффективном, когнитивном, поведенческом, социальном и духовном уровнях: методика SF-12, опросник запрета на выражение чувств В.К. Зарецкого, опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой, опросник стиля саморегуляции поведения В.И. Моросановой, опросник социальной поддержки в адаптации А.Б. Холмогоровой, опросник структуры индивидуальной религиозности Ю.В. Щербатых. Полученные данные обработаны методами математической статистики, с помощью которых построены факторные модели. Соотнесение полученных психологических факторов с уровнями функционирования личности позволило уточнить специфику многоуровневой системы адаптации личности при трех группах сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно полученным результатам психологическую структуру личности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) определяют пять основных факторов. Первый фактор включает психологические характеристики, свидетельствующие о категоричности больных в оценке своих результатов и результатов деятельно-

сти других людей. Он отражает высокий уровень категоричности притязаний кардиологических больных. Данный фактор соотносится с когнитивным и поведенческим уровнями функционирования личности, характеризуя патогенную составляющую адаптивного потенциала личности, отражающую абсолютизм в мышлении на когнитивном уровне и патологическое стремление как можно более тщательно выполнять любую работу с затруднениями в поиске оптимальных и эффективных способов деятельности, определяя личность на поведенческом уровне функционирования.

Второй фактор психологической структуры личности при ИБС, содержащий такие характеристики, как религиозное самосознание, вера в Творца и признание высшей силы, стремление познать смысл жизни через религиозные знания и откровения, восприятие религии как возможной помощи и поддержки, а также как свода предписаний и правил поведения, формирует религиозную наполненность мировоззрения личности больного. Этот фактор отражает саногенный адаптивный потенциал личности на когнитивном уровне, выражающийся восприятием религии как средства помощи в решении проблем. На поведенческом уровне функционирования личности данный фактор может определять как саногенную, так и патогенную составляющие адаптивного потенциала личности, отражая отношение к религии как к образцу моральных норм поведения. В этом случае возможное фанатичное следование всем религиозным нормам и правилам может свидетельствовать о патогенной направленности адаптивного потенциала. С другой стороны, восприятие религии как помощи и поддержки, помогающей справиться с экзистенциальными проблемами, характеризует духовный уровень адаптивного потенциала личности.

Третий фактор психологической структуры личности при ИБС, формируемый ощущением недостаточности социальной поддержки, дефицитом положительного чувства близости и доверия, нехваткой материальной и информационной поддержки, описывает некоторую социальную изолированность, переживаемую больными ИБС. Данный фактор структуры личности соотносится с социальным уровнем ее функционирования, на котором патогенная составляющая адаптивного потенциала

проявляется в неумении использовать имеющиеся социальные ресурсы для удовлетворения потребностей и достижения целей.

Четвертый фактор психологической структуры личности при ИБС включает низкую способность овладевать новыми видами деятельности, ощущение неуверенности в незнакомых ситуациях, очерчивает формирующуюся регуляторную пассивность больных. Он соотносится с когнитивным и поведенческим уровнями функционирования личности. Патологизирующая роль данного фактора, характеризующего неспособность больных компенсировать влияние личностных особенностей, которые препятствуют достижению цели, проявляется на когнитивном уровне. Регуляторная пассивность на поведенческом уровне как патогенная составляющая адаптационного потенциала личности проявляется в трудностях овладения новыми видами деятельности, нарушении ориентировки в незнакомых ситуациях, нестабильности успехов в привычных видах деятельности.

Пятый фактор психологической структуры личности при ИБС отражает общий запрет на выражение чувств, эмоциональную сдержанность больных в отношении как негативных, так и позитивных эмоций. Эмоциональная сдержанность может быть соотнесена с аффективным уровнем функционирования личности, который характеризует неспособность данных больных открыто проявлять возникающие эмоции, которые либо подавляются, увеличивая внутреннее психическое напряжение и провоцируя возникновение аффективных состояний, либо трансформируются в когнитивные и поведенческие реакции, реализуя тем самым в зависимости от личностных психологических особенностей большого саногенные или патогенные механизмы адаптации.

Сложная структура личности больных гипертонической болезнью (ГБ) также характеризуется пятью основными психологическими факторами. Первый фактор объединяет убежденность в обязательной необходимости достижения наивысших результатов, потребность в постоянном контроле над собственными чувствами, фиксированность на допущенных в прошлом ошибках и имевшихся неудачах, завышенные ожидания от себя и окружающих, категоричность в восприятии ситуаций при оценке полученных результатов, что характеризует такую личность как обла-

дающую чертами перфекционистской сдержанности. Данный фактор может быть соотнесен с аффективным и когнитивным уровнями функционирования личности. На аффективном уровне наиболее выраженным психологическим параметром выступает общий запрет на выражение чувств и общий уровень перфекционизма, что свидетельствует о тенденции больных скрывать свои эмоции и стремиться к соответствию высоким требованиям, которые они предъявляют к себе и другим. Патологизирующим адаптивным потенциалом здесь является запрет на выражение чувств, в результате которого у больных ГБ происходит накопление негативных эмоций. Саногенная направленность адаптивного потенциала выражается у них в убежденности в необходимости достижения результатов, что является стимулом к личностному развитию. На когнитивном уровне перфекционистская сдержанность проявляется у больных анализом успешности своей деятельности, склонностью акцентировать внимание на собственных неудачах и ошибках, что становится основной характеристикой их субъективного восприятия своей успешности, в связи с чем у них может вырабатываться убежденность в собственной никчемности и неуспешности, которая трансформируется в их сознании в ожидание высоких требований к себе со стороны окружающих. Для достижения субъективно высоких результатов, соответствующих данным требованиям, больные ГБ склонны к абсолютизму в мышлении по типу "все или ничего". Данный фактор имеет патогенную направленность адаптационного потенциала личности и отражает неспособность данных больных реально оценивать свои способности и результаты своей деятельности.

Второй фактор психологической структуры личности при ГБ формируется потребностью больных в чувстве близости и общности, необходимостью в ощущении стабильности отношений, удовлетворенности социальным окружением и полученной материальной и информационной поддержкой, включенностью в социальные группы с общими ценностями и представлениями о жизни, что отражает двойственную оценку больными ГБ имеющихся в их распоряжении социальных ресурсов. Парадоксальность оценки социальных ресурсов можно соотнести с социальным уровнем функционирования личности. Негативная

оценка социальных ресурсов больными ГБ отражается в недостатке чувства стабильности во взаимоотношениях с близкими, в ощущении социальной изолированности, отстраненности от социальных контактов. Данные больные нуждаются в поддержке со стороны окружающих, но в целом эти особенности социального взаимодействия самими больными ГБ оцениваются как комфортные. Тем не менее противоречивость восприятия социальной поддержки наполняет адаптивный потенциал личности патогенной направленностью.

Третий фактор психологической структуры личности при ГБ включает в себя следующие психологические показатели: внутреннюю потребность в религиозном веровании, внешние признаки религиозности, веру в наличие высшей силы, управляющей миром, и отношение к религии как к идеалистической философии, которые характеризуют внешнюю религиозность сознания. Этот фактор может быть соотнесен с духовным, поведенческим и когнитивным уровнями функционирования личности. На когнитивном уровне религиозность сознания свидетельствует о внутренней потребности личности в религиозном веровании, наличии веры в высшую силу, управляющую миром, а также в отношении к религии как к идеалистической философии и отражает саногенные характеристики адаптивного потенциала личности. Проявление конформизма в поведении как защитного механизма, маскирующего имеющиеся проблемы, но не позволяющего справиться с ними, характеризует патогенную составляющую адаптивного потенциала личности. Определяющим в формировании религиозности больных ГБ является внутренняя потребность в религиозном веровании, вера в существование высшей силы, а также отношение к религии с позиций идеалистической философии. Все это позволяет больным находить поддержку и утешение в религии и отражает саногенный характер адаптационного потенциала личности.

Четвертый фактор психологической структуры личности при ГБ объединяет в себе такие психологические черты, как чрезмерные требования к другим, способность быстро перестраивать свои планы и действия, способность самостоятельно планировать деятельность и поведение, и характеризует состоя-

ние вынужденной автономности личности. Данный фактор может быть соотнесен с когнитивным и поведенческим уровнями функционирования личности больных ГБ, когда они вынуждены проявлять гибкость в мышлении во избежание постоянно действующего травмирующего фактора со стороны аффективной сферы с постоянным накоплением негативных эмоций и субъективной неуспешностью деятельности, что отражает патогенную характеристику адаптивного потенциала личности. Способность больных перестраивать планы и программы действий и поведения, самостоятельно планировать деятельность и поведение, а также анализировать и оценивать как промежуточные, так и конечные результаты своей активности позволяет оценивать их адаптивный потенциал как саногенный. На поведенческом уровне вынужденная автономность личности характеризует ее способность быстро перестраивать планы своих действий и самостоятельно планировать деятельность и поведение, что также отражает саногенный адаптивный потенциал личности.

Пятый фактор психологической структуры личности при ГБ образован показателями, отражающими потребность больных продумывать способы своих действий, развитость саморегуляции поведения, сформированность осознанного планирования деятельности, которые характеризуют значительную регуляторную активность больных. Пятый фактор также может быть соотнесен с поведенческим и когнитивным уровнями личности. На когнитивном уровне регуляторная активность свидетельствует о потребности продумывать способы своих действий, сформированность осознанного планирования деятельности и отражает саногенную направленность адаптивного потенциала личности. Продуманность способов действий и поведения для достижения намеченных целей свидетельствует о сформированности осознанной саморегуляции поведения. Эти особенности поведения позволяют больным ГБ компенсировать влияние личностных особенностей, препятствующих достижению целей, в связи с чем у них выражены индивидуальные особенности целеполагания и удержания целей, что отражает наличие саногенного характера адаптивного потенциала личности.

Структура личности больных с пороками сердца (ПС) характеризуется пятью иными психологическими факторами. Так, первый фактор определяется убежденностью больных в том, что любую работу необходимо выполнять только "на отлично" и стремиться к более высоким результатам, в связи с чем они постоянно предъявляют к себе повышенные требования и воспринимают окружающих людей как ожидающих от них наивысших результатов, что характеризует высокий уровень устремленности данных больных к идеалу и совершенству. На когнитивном уровне эти убеждения заставляют больных не останавливаться на достигнутых результатах. В то же время устремленность к совершенству в форме постоянного и неоправданно тщательно и кропотливого выполнения любой работы свидетельствует и о патогенной направленности данного фактора.

Второй фактор психологической структуры личности при ПС, объединяющий общую удовлетворенность социальной поддержкой, которая более выражена в удовлетворенности материальной и информационной составляющими, а также позитивное чувство вовлеченности в социальное взаимодействие при совпадении ценностей и представлений о жизни, характеризует психологическую категорию социальной включенности. Социальная включенность больных свидетельствует об их поведении, направленном на получение позитивного чувства общности, возникающего при совпадении ценностей и представлений о жизни в определенной социальной группе, что отражает саногенный адаптивный потенциал личности. На социальном уровне личностного функционирования больные ПС получают от окружающих достаточную поддержку, как материальную, так и эмоциональную. Они испытывают чувство стабильности в отношениях, у них наблюдается достаточная включенность в социальные взаимодействия, что свидетельствует о саногенном характере их адаптивного потенциала.

Третий фактор психологической структуры личности при ПС, состоящий из запрета на выражение чувств, подавления и игнорирования эмоций радости и страха, характеризует психологическую категорию эмоциональной аутоингибиции, демонстрируемой больными. На аффективном уровне функциониру-

вания личности превалирующее значение отводится контролю над эмоциями страха и радости. У таких больных достаточно часто из-за плохого самочувствия возникает состояние тревоги и страха. Игнорирование ими радости происходит вследствие их убежденности в том, что при их заболевании проявление данной эмоции неуместно и будет неправильно понято окружающими. Эти особенности отражают патогенную направленность адаптивной реакции больных ПС в условиях заболевания. На когнитивном уровне функционирования личности эмоциональная аутоингибция свидетельствует об осознанном игнорировании и подавлении эмоций, что является следствием соблюдения больными социально приемлемых норм поведения и может отражать патогенные характеристики адаптивного потенциала личности.

Четвертый фактор психологической структуры личности при ПС, объединяющий веру в действенность религиозных ритуалов и веру в наличие высшей силы, а также проявление конформизма в поведении, отражает наличие в структуре личности больных характеристик, относимых к психологической категории обыденной религиозности. Обыденная религиозность, проявляющаяся в поведении во внешних признаках религиозности, конформизме, стремлении выглядеть религиозным человеком, является патогенной характеристикой адаптивного потенциала личности в силу возможности возникновения склонности к религиозному фанатизму. Обыденная религиозность на социальном уровне функционирования личности способствует ее ощущению включенности в группу верующих и стремлению соответствовать нормам и правилам религиозного поведения, что вызвано потребностью в эмоциональной и инструментальной поддержке, и отражает саногенную направленность адаптивного потенциала личности. На духовном уровне адаптационный потенциал личности у данных больных характеризуется психологическим фактором обыденной религиозности. Вера в Творца и признание существования высшей силы проявляется во внешней атрибутике религиозности, соблюдении обрядов. Религиозность данных больных ограничивается лишь внешними проявлениями религиозности в соблюдении религиозных правил поведения и ритуалов, что свидетельствует о патогенной направленности адаптивного потенциала личности при ПС.

Пятый фактор психологической структуры личности при ПС формируется из характеристик осознанной саморегуляции поведения, в структуре которой наиболее выраженной является способность самостоятельно планировать и организовывать деятельность по достижению желаемых результатов, а также способность гибко менять программу и планы при изменении внешних и внутренних значимых условий, которые отражают высокий уровень регуляторной автономности больных ПС. На когнитивном уровне функционирования личности их способность самостоятельно планировать и организовывать деятельность по достижению желаемых результатов, гибко менять программу и планы при изменении внешних и внутренних значимых условий отражает саногенный характер адаптивного потенциала личности. Регуляторная автономность личности здесь проявляется больше на поведенческом уровне, в способности к более легкому овладению новыми видами активности, в уверенности в незнакомых ситуациях и получении успехов в привычных видах деятельности, что также отражает саногенную направленность адаптивного потенциала личности.

Таким образом, представленные многофакторные модели структуры личности больных при различных группах сердечно-сосудистых заболеваниях, включающие как патогенные, так и саногенные характеристики адаптивного потенциала личности больного, позволяют не только эффективно проводить психотерапевтические мероприятия, но и организовывать дифференцированную психопрофилактическую работу как с больными, имеющими кардиальную патологию, так и здоровыми лицами из группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Литература

1. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. 2011. № 63. С. 45.
2. Алёхин А.Н., Чумакова И.О., Андреева Е.В., Трифонова Е.А. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) // Вестник Южно-Уральского гос. университета. Сер. Психология. 2012. № 6 (265). С. 66-72.

3. *Алехин А.Н., Чумакова И.О., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н.* Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий // Психол. исслед.: электронный науч. журн. 2011. № 5 (19). С. 4.
4. *Беребин М.А.* Междисциплинарные проблемы формирования понятийного и терминологического поля концепции психической адаптации в медицинской психологии // Вестник Южно-Ураль. гос. ун-та. Сер. Психология. 2011. № 18 (235). С. 94-99.
5. *Богомолов А.М.* Структурно-функциональный подход к оценке адаптационного потенциала личности // Сиб. психол. журн. 2008. № 8. С. 53-58.
6. *Гартфельдер Д.В.* Динамика совладающего поведения при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. Чебоксары, 2009. № 5. С. 67-80.
7. *Гартфельдер Д.В.* Социально-психологические и личностные факторы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний // Медицинская психология в России [Электронный ресурс]. 2010. № 1 (2). Режим доступа: http://medpsy.ru/mpj/archiv_global/2010_1_2/nomer/nomer08.php, свободный. Дата обращения: 07.09.2010. Заглавие с экрана.
8. *Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л.* Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чуваш. ун-та. 2012. № 3. С. 429-435.
9. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика. М.: Эксмо, 2009. 1024 с.
10. *Николаев Е.Л., Суслова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 4. С. 164-170.
11. *Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А.* Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. 2009. № 30. С. 86-90.
12. *Bellg A.J.* Maintenance of Health Behavior Change in Preventive Cardiology: Internalization and Self-Regulation of New Behaviors // Behavior Modification. 2003. Vol. 27, N 1. P. 103-131.
13. *Denollet J.* Personality, emotional distress and coronary heart disease // Eur. J. Personality. 1997. Vol. 11, N 5. P. 343-357.
14. *Dubois C.M., Beach S.R., Kashdan T.B., Nyer MB, Park E.R., Celano C.M., Huffman J.C.* Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions // Psychosomatics. 2012. Jul-Aug. N 53 (4). P. 303-318.

15. *Lazareva E.Y., Nikolaev E.L.* Personality of cardiovascular patient: psychological considerations // *Psihijat. Dan. Suppl.* 2012. P. 167.
16. *Nikolaev E.* Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy // *The International Journal of Person Centered Medicine.* 2011. Vol. 1, N. 3. P. 482-485.
17. *Nikolaev E.* Understanding perfectionism as one of personality traits in cardiovascular patients // *Abstracts of the WPO Regional Meeting "Mental Health in a Changing World", 14-17 September 2011.* Yerevan, Armenia, 2011. P. 91.
18. *Nikolaeva O., Lazareva E.* Multifactor model of psychological adjustment in patients with cardiologic pathology // *Understanding mind and crossing borders: Centennial Nordic Congress of Psychiatry.* Tromsø, 2012. P. 42-43.
19. *Rosengreen A., Wilhemsen L., Orth-Gomer K.* Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men // *European Heart Journal.* 2004. N. 25 (1). P. 56-63.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ БЕЗРАБОТНЫХ В ПРОЦЕССЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ

С.А. Петунова, Е.Л. Николаев

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

Издержки безработицы и неполной занятости носят не только экономический, но и социальный, а также психологический характер [1, 3, 11]. Утрата привычного статуса, длительное пребывание в ситуации безработицы негативно сказывается на самооценке личности, ее благополучии, сопровождается ростом тревожной симптоматики, приводит к появлению признаков депрессии, свидетельствуя о нарастании признаков психической дезадаптации и снижении уровня психологического здоровья личности [4, 5, 12, 13].

Не имея возможности найти работу по специальности, многие безработные готовы сменить свою прежнюю профессию на иную, более соответствующую требованиям современного рынка труда, что отражает одну из эффективных стратегий копинг-поведения [6]. В связи с этим одним из направлений построения эффективной политики занятости является переподготовка безработных граждан, представляющая собой их вторичную профессионализацию [2, 9].

Процесс вторичной профессионализации в зрелом возрасте и в ситуации потери работы имеет ряд существенных обще- и социально-психологических отличий от первичной профессионализации студентов. Профессиональная переподготовка выполняет не только социальную и образовательную функции, но и функцию психологической защиты. Основная трудность вторичной профессионализации состоит в том, что субъект переобучения уже обладает профессиональным самосознанием, а также часто имеет профессиональный опыт. Учебная деятельность здесь выступает как средство достижения определенных целей, но в процессе ее освоения может стать привлекательной сама по себе [9].

С целью изучения факторов, определяющих актуальное психоэмоциональное состояние безработных и занятых граждан в связи с их вторичной профессионализацией, нами был проведен анализ самооценки личности испытуемых, уровня тревожности и социальной фрустрированности.

В исследовании приняло участие 206 безработных и занятых граждан. Из них 126 безработных, зарегистрированных в центрах занятости г. Чебоксары и проходивших на момент исследования профессиональную переподготовку в учреждении дополнительного профессионального образования, и 80 человек, занимающихся постоянной профессиональной деятельностью, проходящих профессиональную переподготовку в высшем учебном заведении с целью соответствия квалификационным требованиям. В работе использован ряд методик, выбор которых был обусловлен логикой исследования, доступностью и возможностью использования в разных возрастных группах:

1. Экспресс-диагностика уровня личностной фрустрации по В.В. Бойко.
2. Методика исследования самооценки личности С.А. Будасси.
3. Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина.

Результаты, полученные в ходе проведения методики "Экспресс-диагностика уровня личностной фрустрации" В.В. Бойко показали, что занятые граждане, проходящие профессиональную переподготовку, менее фрустрированы, чем безработные, о чем свидетельствует наибольшее число испытуемых, имеющих низкий уровень фрустрированности (85 %).

Результаты оценки уровня тревожности свидетельствуют, что 58,7 % безработных на момент исследования находились в состоянии актуальной тревоги, т.е. испытывали кратковременное, но очень существенное нарушение эмоционального равновесия, снижение работоспособности; 59,5 % безработных имели средний уровень личностной тревожности. У 26,9 % безработных отмечался высокий уровень личностной тревожности, т.е. высокая эмоциональная чувствительность сочеталась с повы-

шенной ранимостью и обидчивостью, что значительно затрудняет общение и достижение целей в жизни.

Выявлены некоторые различия в показателях по подшкале личностной тревожности в группах с высшим и средним профессиональным образованием. Безработных с высшим образованием мы склонны относить к категории наиболее тревожных личностей, т.е. предрасположенных воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности, особенно в ситуациях, касающихся оценки их компетенции и престижа.

Результаты исследования занятых граждан свидетельствуют о том, что большая их часть (86,2 %) испытывает низкий уровень актуальной (ситуативной) тревоги, что связано с невысокой значимостью происходящего вокруг, достаточной уверенностью в себе, внутренней расслабленностью. Люди находятся в состоянии достаточной адаптированности к окружающей обстановке. Большая часть занятых граждан (96,2 %) имеет также низкий и средний уровень личностной тревожности. При этом они чувствуют себя достаточно комфортно, их эмоциональное равновесие сохранено.

Заметны существенные различия в самооценке безработных и занятых граждан, проходящих на момент исследования профессиональную переподготовку. 55 % занятых граждан имеют оптимальную, адекватную самооценку, тогда как у 47,6 % безработных отмечается неадекватно высокий уровень самооценки. Испытуемые контрольной группы в отличие от испытуемых экспериментальной группы правильно соотносят свои возможности и способности, достаточно критически относятся к себе, стремятся реально смотреть на свои неудачи и успехи, стараются ставить перед собой достижимые цели, которые можно осуществить на деле. Высокую самооценку можно приравнять к позитивному отношению к себе, к самоуважению, принятию себя, ощущению собственной полноценности.

Состояние фрустрированности, выявленное у безработных и обусловленное невозможностью удовлетворения потребностей в жизни, возможно, имеет материальный характер и мотивирует их проходить профессиональную переподготовку с целью найти высокооплачиваемую работу (мотив внешнего характера), так как

безработица снижает уровень и качество жизни, ставя человека в более сложное финансовое положение, чем до потери работы. Кроме того, безработные, находящиеся в состоянии фрустрационной напряженности, испытывают трудности с самооценкой, с определением себя как целеустремленной личности. Нежелание раскрыть свои способности, самореализоваться во время учебного процесса обусловлено этим же состоянием. Безработные склонны к неадекватному завышению своей самооценки, отсюда и неадекватная интерпретация приобретенного опыта и неадекватные ожидания относительно самого себя и других людей.

С учетом высокой фрустрационной напряженности в психоэмоциональном состоянии безработных, психологам центров занятости рекомендуется в работе с нетрудоустроенными гражданами способствовать переоценке ими прошлого жизненного и профессионального опыта, акцентировать внимание на позитивных моментах жизни (конкретных удачных ситуациях) и на имеющихся эффективных сторонах личности безработных. Особое внимание необходимо уделять развитию стрессоустойчивости и жизнестойкости – качеств, позволяющих переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки [7, 8, 10].

Литература

1. *Владимиров К.О.* Особенности механизмов психологической защиты у безработных женщин в период экономического кризиса // Прикладная юридическая психология. 2010. № 4. С. 129-133.
2. *Городецкая И.М.* Ценностно-мотивационные проявления личности безработных в процессе их вторичной профессионализации: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05: Казань, 1999. 260 с.
3. *Зайцева В.Б.* Психологический аспект дезадаптации безработных // Вестник Санкт-Петерб. ун-та МВД России. 2009. № 1. С. 181-189.
4. *Николаев Е.Л.* О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // Соц. и клин. психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 38-45.
5. *Николаев Е.Л.* Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 8-49.

6. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 4. С. 164-170.
7. *Потапов О.В., Ульянов И.Г.* Клинико-антропологический подход к психотерапии психических расстройств у шахтеров, потерявших работу // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 2. С. 85-88.
8. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
9. *Траилина Л.П., Траилин Г.П.* Психологические аспекты вторичной профессионализации личности // Ежегодник Рос. психол. о-ва. Психология и практика. Т. 4. Ярославль, 1998. Вып. 1. С. 122.
10. *Chen L., Li W., He J., Wu L., Yan Z., Tang W.* Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern china during the economic crisis // BMC Public Health. 2012. Vol. 12, N 1. P. 597.
11. *Petunova S.A., Nikolaev E.L.* Mental health risks in unemployed residents of Chuvashia // Psychiatry for a changing world: XIV National Congress of the Serbian Psychiatric Association and III Congress for Eastern Europe and the Balkans. Belgrade, 2012. P. 147.
12. *Rosenthal L., Carroll-Scott A., Earnshaw V.A., Santilli A., Ickovics J.R.* The importance of full-time work for urban adults' mental and physical health // Soc. Sci. Med. 2012. Vol. 75, N 9. P. 1692-1696.
13. *Strandh M., Hammarström A., Nilsson K., Nordenmark M., Russel H.* Unemployment, gender and mental health: the role of the gender regime // Sociol. Health Illn. 2012. Sep. 26.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.И. Чижова

*Российский государственный педагогический университет
имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург*

Введение. Многочисленными современными исследованиями в области соматической медицины и психиатрии показана актуальность роста психоэмоциональных расстройств у соматических больных и патоморфоз расстройств невротического регистра в направлении соматизации. По данным научной литературы, частота заболеваемости психосоматическими расстройствами составляет до 57 % общего числа пациентов первичной медицинской сети и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52 % (Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М., 1999; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2000; Петрюк П.Т., Якущенко И.А., 2003; Кулаков С.А., 2005).

Современное состояние медицины и ее техническое оснащение, совершенствование диагностического инструментария несколько не умаляют необходимости исследования личности больного для правильной диагностики заболевания. Клинико-психологическое исследование наряду с экспериментальными исследованиями играет большую роль в дифференциальной диагностике, изучении влияния психологических факторов на течение заболевания (Лурия А.Р., 1977; Березин М.А., 2003). В основе принципов психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии сегодня все чаще заявляется подход, апеллирующий к личности и направленный на гармонизацию её системы психологических отношений.

Личность пациента, таким образом, приобретает особое значение как для этиопатогенеза болезни, так и для лечения, при котором выступает в качестве важного фактора саногенеза. Совокупность телесных ощущений, переживаний, оценки своего состояния и информации о заболевании формируют субъектив-

ное отношение к болезни. В свою очередь это отношение детерминируется личностными особенностями, которые неизбежно влияют на динамику заболевания. В зависимости от субъективного отношения больной может быть активной или пассивной стороной в лечении (Ташлыков В.А., 1997; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002).

В формировании соматоформных расстройств играет роль не только психотравмирующая ситуация, которая становится триггером для манифестации заболевания, но и личностная предрасположенность, т.е. особенности отношений личности. Такая личностная предрасположенность к определённым типам реагирования может быть как врожденной, так и приобретенной и проявляться органическим или психоэмоциональным расстройством. Пациент с определенными личностными характеристиками склонен к определенному типу заболевания (Алехин А.Н., Вертячих Н.Н., 2010; Чижова А.И., 2010). Большинство авторов выделяют, по крайней мере, три фактора, влияющих на патогенез соматоформных расстройств (Лурия Р.А., 1977; Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1987; Ташлыков В.А., 1990; Смулевич А.Б. с соавт., 1992): 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы. Исследование личности больного помогает определить задачи психологического вмешательства, которое приобретает собственное значение при терапии соматоформных расстройств.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 113 человек, поступивших на стационарное лечение в ГПБ № 7 Клиника Неврозов им. И.П. Павлова с диагнозами: соматизированное расстройство (F45.0), ипохондрическое расстройство (F45.1), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.2), устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.3). Среди них было 72 (64 %) женщины и 41 (36 %) мужчина. Среди испытуемых преобладали лица в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст составил $32,5 \pm 2,5$ года.

Для исследования клинико-психологических характеристик пациентов применялись следующие методики:

1. Интегративный тест тревожности – методика создана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, служит для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики.

2. Шкала депрессивности Бэка разработана для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии.

3. Методика "Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)". Методика ТОБОЛ разработана для психологической диагностики типов отношения к болезни на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Э.Б. Карповой, А.Я. Вуксом. В основу данной разработки легла типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым.

4. Шкала дисфункциональных отношений Бэка и Вайссмана используется для выявления дисфункциональных отношений или иррациональных установок. Опросник был переведен, адаптирован и стандартизирован на отечественной выборке М.Л. Захаровой в 2001 году.

5. Гиссенский личностный опросник был разработан в 1968 году коллективом немецких ученых на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета. Создан для выявления личностных, интрапсихических и социально-психологических переменных. Адаптация Гиссенского теста проводилась в соответствии с общими правилами технологии создания и адаптации методик на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

6. Методика "Уровень субъективного контроля (УСК)". Методика разработана Дж. Роттером, адаптирована Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиной и А.М. Эткиндоном и оценивает уровень субъективного контроля личности. Предназначена для выявления локализации контроля над важными событиями в жизни человека, может быть полезна в определении эффективности психотерапии.

Результаты исследования. Традиционно под понятием «соматизация» понимаются функциональные расстройства той

или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических и социальных факторов. Также подчёркивается, что диагноз соматоформного расстройства может быть поставлен только в том случае, если наряду с соматическими жалобами имеет место социальная, профессиональная или семейная дезадаптация, и если человек испытывает субъективные страдания (Barsky A.J., 1992; Bhui K., Hotipf M., 1997; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2000). В основном часто предъявляемыми жалобами в данном случае оказываются жалобы на тревожные и депрессивные состояния. Сходство соматоформных и аффективных расстройств является причиной сложностей при дифференциальной диагностике. Однако такая позиция не должна вести к гипердиагностике аффективных расстройств (тревоги и депрессии) вместе с игнорированием чисто соматоформной симптоматики (Kielholz P., 1973; Петрюк П.Т., Якущенко И.А., 2003; Николаева О.В. с соавт., 2009).

В данном исследовании было подтверждено положение о наличии субъективных жалоб на повышенную тревожность и депрессию в структуре соматоформных расстройств. Выявлена высокая личностная тревожность у всех больных с соматоформными расстройствами с помощью методики "Интегративный тест тревожности". Среднее значение составило 8,11 станайна, что значительно превышает нормативные данные. Высокие оценки ситуативной тревожности (средние значения – 6,1 станайна) выявлены у 88 % больных, что характеризует способ реагирования и переживания ситуации.

У данного контингента больных диагностируется депрессия средней тяжести. По данным шкалы депрессивности Бека уровень депрессивности у пациентов оказался достаточно высок, и средние значения составили 24,1 балла у 88 % пациентов. Вместе с тем у 12 % пациентов выраженных депрессивных проявлений не обнаружено.

Когнитивный аспект является не менее важным в структуре личности. И.П. Павлов отмечал, что в процессе патологического образования симптома основную роль играет вторая сигнальная система, в которой отражаются, анализируются, обобщаются и закрепляются патогенные раздражители первой сигнальной сис-

темы. Вторая сигнальная система имеет универсальную способность к замене и генерализации непосредственных раздражителей, и таким образом сама выступает в качестве патогенного раздражителя и приводит к различным болезненным состояниям (Павлов И.П., 1951). Таким образом, процесс переработки информации (осознанный и неосознанный) может выступать как механизм, закрепляющий патологическое реагирование. Но также может идти обратный процесс, в котором вторая сигнальная система адекватно отражает условия действительности и тем самым разрушает патологические связи и способствует противостоянию болезни.

С данной точки зрения таким психологическим конструктом может являться система отношений личности, которая выявляет значимые отношения личности и отражает их характеристики. В теории системы отношений, разработанной В.Н. Мясищевым, психологический анализ предполагает рассмотрение отношения многоуровнево, а именно в трех компонентах: эмоциональном, поведенческом и когнитивном. Система отношений может содержать ошибки или искажения. Такие ошибки проявляются в виде дисфункционального мышления и иррациональных установок, т.е. структурных компонентов этой системы отношений (Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л., 2009). Установка традиционно рассматривается как основанная на опыте готовность к определенному виду реагирования (Узнадзе Д.Н., 2001).

Когнитивные структуры и процессы оказывают непосредственное влияние на формирование уровня субъективного контроля, поэтому особенное значение имеет исследование когнитивных искажений и аббераций мышления пациента. В связи с этим были исследованы степень выраженности когнитивных искажений (иррациональных установок), тип отношения к болезни и уровень субъективного контроля.

Установлено (методика "Шкала дисфункциональных отношений"), что для пациентов с соматоформными расстройствами характерны иррациональные когнитивные установки катастрофичности, перфекционизма, оценочных отношений, сверхгенерализации. Степень выраженности дисфункциональных отношений определяется общим показателем, средние значения ко-

того составляют 146,4 балла. Это свидетельствует об искажении когнитивных установок и отражает "дисфункцию базальных отношений" личности.

В результате обследования больных с соматоформными расстройствами были выявлены ведущие типы отношения к болезни, которые вошли в диагностический интервал профилей пациентов (ТОБОЛ). Таким типом отношения к болезни у 45 % пациентов с соматоформными расстройствами является неврастенический, т.е. для них характерно поведение по типу "раздражительной слабости", вспыльчивость, раздражение, нетерпеливость в ожидании результата лечения и в обследовании. Вторым по частоте встречаемости типом отношения к болезни является ипохондрический, который в 11 % встречается как "чистый тип". Для больных с данным типом отношения к болезни характерно: чрезмерное внимание к субъективным ощущениям; склонность к их преувеличению; стремление поделиться с окружающими тем, что их беспокоит и даже удивить; желание подробной диагностики и интенсивного лечения в сочетании с сомнением в его успехе. Практически в равных долях (от 15 до 17 %) распределяются тревожный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический типы отношения к болезни (рис.1).

Тревожный тип характеризует больных как мнительных, тревожащихся по поводу течения и исхода заболевания, его осложнений и недоверием к процессу лечения. Они проявляют большой интерес к объективным исследованиям и проявлениям заболевания у других больных.

Сенситивный тип выявляет чрезмерную ранимость, озабоченность оценками окружающих в связи с заболеванием, эмоциональную лабильность, связанную с межличностными контактами.

Эгоцентрический тип характеризуется принятием роли больного и поиском выгод в своем состоянии, использованием заболевания для достижения каких-либо своих целей и получения внимания, требованием больных исключительного отношения к себе и эмоциональной нестабильностью.

Дисфорический тип проявляется в поведении больных вспышками гнева и обвинениями в адрес окружающих в своем

заболевании, в озлобленном фоне настроения, требовании особого внимания от близких.

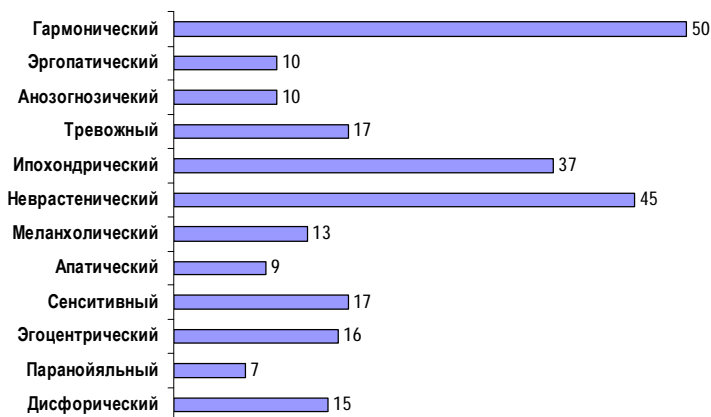


Рис. 1. Распределение типов отношения к болезни

Следует отметить, что в 90 % случаев определялись "смешанные" типы отношения к болезни.

Установлено также (методика УСК), что общий локус контроля у больных находится в зоне экстерналичного типа УСК. Это означает, что пациенты не связывают свои действия и поступки с происходящими событиями в их жизни, считая их результатом случайного стечения обстоятельств или действий окружающих людей. Значения шкалы общей интернальности составили 4,14 балла.

Необходимо отметить, что для данного контингента больных в области достижений и неудач характерна установка на непричастность к событиям собственной жизни, интерпретация негативных и позитивных событий как результат действий других людей, везения или невезения. В сфере семейных взаимоотношений пациенты склонны считать членов семьи причиной тех или иных событий в их семейной жизни. В области производственных и межличностных отношений они склонны приписывать ответственность внешним факторам за отношения с руководством, членами коллектива, карьерное продвижение, а также имеют низкую степень контроля и ответственности как за формальные отношения, так и за близкие отношения. В отношении

к здоровью и болезни им присуще приписывание ответственности за свои болезни и выздоровление действиям других людей, особенно врачей. По результатам исследования локуса субъективного контроля в данных областях жизнедеятельности пациентов выявлен экстернальный тип УСК (рис. 2).



Рис. 2. Результаты исследования уровня субъективного контроля

Остается важным вопрос о влиянии индивидуально-личностных особенностей на механизмы формирования невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Вопрос важности того или иного события, объекта или воздействия помимо объективного значения для человека имеет ещё и субъективный смысл, в нем отражаются и индивидуально-психологические аспекты личности. При этом для человека важным оказывается индивидуально-личностный смысл, т.е. признаки предмета, события или ситуации и их связь с жизненными интересами, которые имеют для человека прежде всего характер социальный, моральный или экономический (Мясищев В.Н., 1960; Ташлыков В.А., 1997; Николаев Е.Л., 2005).

Были выделены личностные, интрапсихические и социально-психологические переменные. Исследование личностных характеристик проводилось с помощью методики "Гиссенский личностный опросник". У больных соматоформными расстройствами выявлены следующие личностные особенности:

– импульсивность, властолюбие и нетерпение, характерные для 57,7 % пациентов, что отражает низкие средние значе-

ния по шкале "доминантность" (23,3 балла). Эти средние значения соотносятся с данными авторов для группы больных неврозами, в то время как склонность к уступчивости, покорности, зависимости выявлены у 25,3 % обследуемых, которые подтверждаются высокими средними значениями (32,4 балла);

– избыточный контроль, который проявляется в педантичности, усердии, отсутствии склонности к легкомысленному поведению свойственно 64,7 % пациентов. Средние значения по шкале "контроль" составили 26,1 балла. Данные показатели являются характерными проявлениями неврозов, по мнению авторов методики. На другом полюсе шкалы (низкие средние значения – 18,8 балла) находятся такие личностные характеристики, как склонность к легкомысленным поступкам, неаккуратности и непостоянству. Они выявлены у 23,6 % пациентов;

– депрессивный фон настроения у 76,4 % больных подтверждается высоким средним значением по шкале "настроение" (35,4 балла). Авторы связывают преобладающее настроение с основным для личности направлением развития агрессии, т.е. для высоких значений характерна агрессия против собственного "Я". Низкие значения характерны для 6,6 % больных с гипоманиакальным фоном настроения;

– замкнутость, недоверие, отстраненность от окружающих выявлены у 41,2 % пациентов и подтверждаются средними значениями шкалы "открытость – замкнутость" (29,4 балла). Данные в рамках нормы выявлены у 23,5 % пациентов, их среднее значение равно 19,7 балла. Низкие средние значения (13 баллов) характеризуют 35,3 % пациентов как доверчивых, открытых, откровенных. В этой шкале отражаются основные свойства социальных контактов и социального поведения, характеризующие первичное доверие или первичное недоверие к жизни (по Э. Эриксону);

– слабая способность к самоотдаче, формированию длительных привязанностей характеризует 52,9 % обследуемых (средние значения шкалы – 23,2 балла). По шкале "социальных способностей" средние значения, характерные для группы здоровых людей, составили 17,6 балла и выявлены у 17,6 % обследуемых. У 29,5 % обследуемых среднее значение составило 13,6

балла, что свидетельствует о таких социальных способностях личности, как активность, общительность, непринужденность;

– по шкале "социального одобрения", которая выявляет аспекты социальной роли личности, значимых отклонений от нормативных показателей не выявлено.

Заключение. В результате клинико-психологического обследования больных соматоформными расстройствами подтверждена коморбидность соматоформных и аффективных расстройств:

– высокая личностная (100 %) и ситуативная тревожность (88 %) пациентов;

– средний уровень депрессии у 88 % пациентов.

Выделены особенности когнитивной сферы в структуре личности больных с соматоформными расстройствами:

– искажение когнитивных установок на невротическом уровне;

– ведущими типами отношения к болезни являются неврастенический и ипохондрический, часто встречающимися являются тревожный, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический;

– экстернальный тип локуса контроля выявлен во всех сферах жизнедеятельности, а именно в области достижений, неудач, семейных, производственных и межличностных отношений, в отношении к здоровью и болезни.

В результате данного исследования были выделены особенности личности пациентов с соматоформными расстройствами:

– тенденции к доминированию и импульсивности (у 57,7 % пациентов);

– склонность к излишнему контролю (у 64,7 % пациентов);

– депрессивный фон настроения (у 76,4 % пациентов);

– замкнутость, отстраненность от окружающих (у 41,2 % пациентов);

– низкий уровень социальных способностей (у 52,9 % пациентов).

Выводы. Выделенные психологические особенности можно разделить на три основные группы:

1) особенности личности пациента – личностная тревожность (ИТТ), иррациональные когнитивные установки (ШДО), ведущие неврастенический и инохондрический типы отношения к болезни (ТОБОЛ), склонность к доминированию и контролю (Гиссенский личностный опросник);

2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика – ситуативная тревожность (ИТТ), депрессия средней тяжести (шкала депрессивности Бека), депрессивный фон настроения (Гиссенский личностный опросник);

3) дезадаптивные отношения в социальной сфере – замкнутость, отстраненность от окружающих, низкий уровень социальных способностей (Гиссенский личностный опросник).

Придерживаясь основных принципов индивидуального подхода в работе с пациентом, необходимо учитывать то, что его личностные особенности также подвергаются изменению в результате болезни, и что болезнь и личность взаимосвязаны (Лебединский М.С., Мясичев В.Н., 1966). В связи с этим психокоррекционные программы должны использовать следующие факторы: 1) личностный – исследование и использование в процессе психотерапии особенностей личности пациента; 2) динамический – состояние до болезни, в её процессе, редукция симптоматики и трансформация системы отношений в процессе лечения; 3) социальный – формирование адаптивных отношений в социальной сфере.

Данное исследование выявляет личностные аспекты, характерные для соматоформных расстройств. Анализ личностных особенностей пациента дает возможность использовать компенсаторный потенциал личности и его активно задействовать в процессе психотерапии и даже реконструировать систему отношений. Изучение, учет и использование личностных особенностей является приоритетным направлением в психологической коррекции и психотерапии данного вида расстройств.

Литература

1. *Алехин А.Н., Вертячих Н.Н.* Нарушение адаптации в социально-стрессовых условиях // Безопасность жизнедеятельности. 2010. № 6. С. 18-20.
2. *Беребин М.А.* Некоторые методологические основания системных исследований феномена психической адаптации // Ежегодник Российского психологического общества: материалы 3-го Всерос. съезда психологов 25-28 июня 2003 года: В 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 1. С. 449-453.
3. *Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М.* Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 376 с.
4. *Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л.* Депрессия. Диагностика и методы лечения. СПб.: Наука и техника, 2009. 320 с.
5. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2005. 288 с.
6. *Лебединский М.С., Мясищев В.Н.* Введение в медицинскую психологию. Л.: Медицина, 1966. 162 с.
7. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 111 с.
8. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина: Монография. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
9. *Мясищев В.Н.* Современные представления о неврозах. М: Знание, 1956. 32 с.
10. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л., 1960. 426 с.
11. *Николаев Е.Л.* Сопряженность социокультурных параметров личности с пограничными состояниями // Вестник Чуваш. ун-та. 2005. № 3. С. 285-291.
12. *Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А.* Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. 2009. № 30. С. 86-90.
13. *Павлов И.П.* Полное собрание сочинений. 2-е изд. М.; Л., 1951. Т. 4. 445 с.
14. *Петрюк П.Т., Якущенко И.А.* Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2003. № 3-4. С. 133-140.
15. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В.* Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) // Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. М., 1992. С. 8-17.

16. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1987. № 2. С. 128-134.
17. *Ташлыков В.А.* Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии. Томск: Изд-во ТГУ, 1990. 36 с.
18. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / под ред. В.А. Ташлыкова. СПб.: МАПО, 1997. 24 с.
19. *Узнадзе Д.Н.* Психология установки. СПб.: Питер, 2001. 416 с.
20. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Консультативная психология и психотерапия. 2000. № 2. С. 5-50.
21. *Чиждова А.И.* Психологические аспекты в терапии соматоформных расстройств // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: сб. материалов конференции. СПб, ноябрь 2010. Выпуск 10 / под общ. ред. В.И. Мазурова. СПб.: Изд-во СПб МАПО, 2010. 73 с.
22. *Barsky A.J.* Amplification, somatization, and the somatoform disorders // Psychosomatics. 1992. Vol. 33. P. 28-34.
23. *Bhui K., Hotipf M.* Somatization disorder // British J. of hospital medicine. 1997. P. 145-149.
24. *Kielholz P.* Masked Depression. Bern: Hans Huber, 1973.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.И. Чижова

*Российский государственный педагогический университет
имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург*

Введение. Многочисленные современные исследования и анализ работы практикующих специалистов как в области соматической медицины, так и в области психиатрии подчеркивают актуальность роста психоэмоциональных расстройств у соматических больных и патоморфоз расстройств невротического регистра в виде соматизации. По различным данным, частота заболеваемости психосоматическими расстройствами составляет до 57 % общего числа пациентов первичной медицинской сети и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52 % [3, 5, 10, 15].

Современное состояние медицины и ее техническое оснащение, развитие инструментария диагностики не могут снять необходимость исследовать личность больного для постановки диагноза. Клинико-психологическое исследование наряду с экспериментальными исследованиями играет большую роль в дифференциальной диагностике, изучении влияния психологических факторов на течение заболевания. В основе принципов психопрофилактики, психокоррекции и психотерапии сегодня все чаще декларируется подход, апеллирующий к личности и гармонизации её системы отношений [2, 7, 9, 13].

Личность пациента занимает центральное место как в патогенезе в виде причины, так и в лечении в качестве ресурса [14]. Пациента необходимо рассматривать всесторонне, учитывая не только особенности симптоматики, но и его личностные характеристики и изменения в системе отношений. Совокупность телесных ощущений, переживаний, оценки своего состояния и информации о заболевании формируют субъективное отношение к болезни. В свою очередь это отношение детерминируется личностными особенностями, которые неизбежно влияют на динамику заболева-

ния. В зависимости от субъективного отношения больной может быть активной или пассивной стороной в лечении [1, 8].

В формировании соматоформных расстройств играет роль не только ситуация, которая является триггером для манифестации заболевания, но и личностная предрасположенность, т.е. преморбидные особенности личности. Этот личностный преморбид может быть как врожденной, так и приобретенной готовностью к определенному типу реагирования на заболевание и может проявляться в виде органического или психоэмоционального нарушения. Пациент с определенными личностными характеристиками склонен к определенному типу заболевания. Большинство авторов выделяют по крайней мере три фактора, влияющих на патогенез соматоформных расстройств [4, 7, 11, 12, 14]: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа самого заболевания; 3) социально-психологические факторы. Исследование личности больного помогает определить мишени психокоррекционного воздействия, которые имеют свою специфику при лечении соматоформных расстройств.

Материал и методы исследования. В данном исследовании приняли участие 43 пациента, поступивших на стационарное лечение в ГПБ № 7 Клиника неврозов им. И.П. Павлова с диагнозами: соматизированное расстройство (F45.0) – 29 человек, ипохондрическое расстройство (F45.1) – 7 человек, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.2) – 3 человека, устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.3) – 4 человека. Среди них было 15 (34,9 %) мужчин и 28 (65,1 %) женщин. Среди испытуемых преобладали лица в возрасте от 22 до 43 лет, средний возраст составил $32,5 \pm 2,5$ года.

При изучении клинико-психологических характеристик пациентов применялись следующие методики:

1. Интегративный тест тревожности – методика создана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, служит для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной (реактивной) переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики.

2. Шкала депрессивности Бека – разработана для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии.

3. Шкала дисфункциональных отношений Бека и Вайссмана – используется для выявления дисфункциональных отношений или иррациональных установок. Опросник был переведен, адаптирован и стандартизирован на отечественной выборке М.Л. Захаровой в 2001 году.

4. Гиссенский личностный опросник был разработан в 1968 г. коллективом немецких ученых на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета. Создан для выявления личностных, интрапсихических и социально-психологических переменных. Адаптация Гиссенского теста проводилась в соответствии с общими правилами технологии создания и адаптации методик на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Результаты исследования. "Интегративный тест тревожности" выявил высокую личностную тревожность у всех испытуемых, среднее значение которой составило 8,31 балла, что значительно превышает нормативные данные и говорит о высокой степени выраженности данной характеристики, а также высокую ситуативную тревожность, средние значения которой равны 6,3 балла у 88,3 % испытуемых. Показатели ситуативной тревожности в рамках нормы выявлены у 11,7 % испытуемых.

Уровень депрессивности у пациентов по шкале депрессивности Бека оказался достаточно высок, и средние значения составили 22,3 балла у 88,3 % испытуемых, что дает возможность говорить о наличии депрессии средней тяжести. У 11,7 % испытуемых депрессивных проявлений не обнаружено. Родственность соматоформных и аффективных расстройств (депрессивных, тревожных и др.) является причиной сложностей при дифференциальной диагностике указанных состояний (П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко, 2003).

По методике "Шкала дисфункциональных отношений" выявлены характерные для пациентов с соматоформными расстройствами иррациональные когнитивные установки катастрофичности, перфекционизма, оценочных отношений, сверхгенерализации. Степень выраженности дисфункциональных отно-

шений определяется общим показателем, средние значения которого составляют 140,5 балла. Этот факт свидетельствует об искажении когнитивных установок на невротическом уровне, которое отражает "дисфункцию базальных отношений" личности. Традиционно установка рассматривается как основанная на опыте готовность к определенному виду реагирования.

При исследовании личностных характеристик по методике "Гиссенский личностный опросник" у данной категории пациентов выявлено следующее:

- низкие средние значения по шкале "доминантность" в 23,3 балла у 57,7 % испытуемых выявляют такие личностные характеристики, как импульсивность, властолюбие и нетерпение. Эти средние значения соотносятся с данными авторов для группы больных невротизмом. Нормативные значения (25,4 балла) обнаруживаются у 17 % испытуемых. Высокие значения, свидетельствующие о склонности к уступчивости, покорности, зависимости выявлены у 25,3 % испытуемых (среднее значение составило 32,4 балла). Эти личностные особенности как на низком, так и на высоком полюсах отождествляются с психосоциальными защитными формами поведения;

- высокие средние значения по шкале "контроль" составили 26,1 балла, что говорит об избыточном контроле, который проявляется в педантичности, усердии, отсутствии склонности к легкомысленному поведению, у 64,7 % испытуемых. Данные показатели являются характерными проявлением невротизма по мнению авторов методики. Нормативные данные (23 балла) были выявлены у 11,7 % испытуемых. Низкие значения (18,8 балла) выявлены у 23,6 % испытуемых и свидетельствуют о склонности к легкомысленным поступкам, неаккуратности и непостоянству;

- депрессивный фон настроения у 76,4 % испытуемых подтверждается высоким средним значением по шкале "настроение" (35,4 балла). Авторы связывают преобладающее настроение с основным для личности направлением развития агрессии, т.е. для высоких значений характерна агрессия против собственного Я. Для нормативной выборки средний балл составил 25,9 у 17 % испытуемых. Низкие значения характерны для 6,6 % испытуемых, для них характерен гипоманиакальный фон настроения;

– замкнутость, недоверие, отстраненность от окружающих характеризуются средними значениями шкалы "открытость–замкнутость" равными 29,4 балла у 41,2 % испытуемых. Данные в рамках нормы выявлены у 23,5 % испытуемых, их среднее значение равно 19,7 балла. Низкие средние значения (13 баллов) характеризуют 35,3 % испытуемых как доверчивых, открытых, откровенных. В этой шкале отражаются основные свойства социальных контактов и социального поведения, характеризующие первичное доверие или первичное недоверие к жизни (по Э. Эриксону);

– слабая способность к самоотдаче, формированию длительных привязанностей характеризуют 52,9 % испытуемых, средние значения которых составили 23,2 балла. По шкале "социальных способностей" средние значения, характерные для группы здоровых людей, составили 17,6 балла и выявлены у 17,6 % испытуемых. У 29,5 % испытуемых выявленный средний балл составил 13,6, что выявляет такие социальные способности личности, как активность, общительность, непринужденность;

– по шкале "социальное одобрение", которая выявляет аспекты социальной роли личности, значимых отклонений от нормативных показателей не выявлено.

Заключение. В результате данного исследования были выделены особенности личности пациентов с соматоформными расстройствами:

– высокая личностная (100 % испытуемых) и ситуативная тревожность (88,3 % испытуемых);

– средний уровень депрессии (88,3 % испытуемых);

– искажение когнитивных установок на невротическом уровне;

– тенденции к доминированию и импульсивности (57,7% испытуемых);

– склонность к излишнему контролю (64,7 % испытуемых);

– депрессивный фон настроения (76,4 % испытуемых);

– замкнутость, отстраненность от окружающих (41,2 % испытуемых);

– низкий уровень социальных способностей (52,9 % испытуемых).

Выводы. Выделенные психологические особенности можно разделить на три основные группы:

1) особенности личности пациента (личностная и ситуативная тревожность, иррациональные когнитивные установки, склонность к доминированию и контролю);

2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика (депрессивный фон настроения);

3) дезадаптивные отношения в социальной сфере (замкнутость, отстраненность от окружающих, низкий уровень социальных способностей).

Придерживаясь основных принципов индивидуального подхода в работе с пациентом, необходимо учитывать, что его личностные особенности также подвергаются изменению в результате болезни и что болезнь и личность взаимосвязаны [6]. В связи с этим психокоррекционные программы должны использовать следующие факторы: 1) личностный – исследование и использование в процессе психотерапии особенностей личности пациента; 2) динамический – состояние до болезни, в её процессе, редукция симптоматики и трансформация системы отношений в процессе лечения; 3) социальный – формирование адаптивных отношений в социальной сфере.

Данное исследование выявляет личностные аспекты, характерные для соматоформных расстройств. Анализ личностных особенностей пациента дает возможность использовать компенсаторный потенциал личности и его активно задействовать в процессе психотерапии и даже реконструировать систему отношений. Изучение, учет и использование личностных особенностей является приоритетным направлением в психологической коррекции и психотерапии данного вида расстройств.

Литература

1. *Алехин А.Н.* Психические расстройства в практике психолога. СПб.: Сенсор, 2009. 140 с.
2. *Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И.* О системном подходе в оценке психической адаптации // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 1994. № 3.
3. *Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии: пер. с англ. Київ: Сфера, 1997. Т. 2. 435 с.

4. *Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л.* Депрессия. Диагностика и методы лечения. СПб.: Наука и техника, 2009. 320 с.
5. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2005. 288 с.
6. *Лебединский М.С., Мясницев В.Н.* Введение в медицинскую психологию. Л.: Медицина, 1966. 162 с.
7. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 111 с.
8. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина: монография. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
9. *Николаев Е.Л.* Медицинская психология в общеврачебной практике: проблемы и опыт. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 11.11.2011).
10. *Петрюк П.Т., Якуценко И.А.* Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2003. № 3-4. С. 133-140.
11. *Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В.* Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) // Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. М., 1992. С. 8-17.
12. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях // Вопр. психологии. 1987. № 2. С. 128-134.
13. *Суслова Е.С., Николаев Е.Л.* Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
14. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей / под ред. В.А. Ташлыкова. СПб: МАПО, 1997. 24 с.
15. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Консультативная психология и психотерапия. 2000. № 2. С. 5-50.

ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

БАЗИСНЫЕ ПОНЯТИЯ АНТРОПОЛОГИЧЕСКИХ НАУК В ЦЕЛОСТНОМ МИРОВОЗЗРЕНИИ

А.И. Евстигнеев

*Академия антропологических наук имени св. Феофана (Говорова),
Львов, Украина*

Антропология как система наук о жизни и деятельности человека стала востребованной во всех сферах жизни.

Естественные науки оказались беспомощными там, где принимаются человеческие решения. Классический тому пример – взрыв Чернобыльской атомной электростанции. Вероятность взрыва, рассчитанная учеными-физиками, составляла одну миллионную долю процента. Взрыв в представлениях ученых казался невероятным¹. Но взрыв произошел по причине такого же невероятного сочетания двадцати четырех параметров, связанных с решениями человека².

Подобные примеры можно привести из любой области жизнедеятельности человека. Человечество подошло к роковой черте в развитии земных цивилизаций³ – человек сам себя и среду своего обитания уничтожает⁴. Человек, утратив понимание своих жизненных целей, призвания и возможностей, действует

¹ Анализ причин аварии на Чернобыльской АЭС путем математического моделирования физических процессов: Отчет ВНИИАЭС, инв. № 846. 1986.

² Медведев Г. Чернобыльская тетрадь // Новый мир. 1989. № 6.

³ Тростников В.Н. История человечества есть история цивилизаций // Православная цивилизация. М., 2002. С. 91-102.

⁴ Кожурин А.Я. Социально-антропологическая катастрофа как "апокалипсис" // Социальный кризис и социальная катастрофа: сб. матер. конф. СПб.: 2002. С. 38-42.

вслепую, и более похож на слона в посудной лавке – все вокруг крушит. Серьезным ученым стало очевидным, что без учета человеческого фактора, без построения антропологических наук дальнейшее развитие технической цивилизации погубит всё человечество⁵.

Но самой-то антропологии как науке как состояться? Какими методами изучать человека?

Надежды на то, что какой-либо из общепризнанных научных методов даст, наконец, приемлемую парадигму человека, оказались несостоятельными. Огромные усилия тратятся, а задача не решается. Частичные же гуманистические решения заводят все антропологические науки в тупик. Человек предстает перед наукой неразрешимой загадкой. Почему?

Общепризнано, что науки возникают "в результате открытия фундаментальных закономерностей, на основе которых создается метод для изучения большой совокупности явлений, имеющих жизненно важное значение"⁶. Целью любой науки является наиболее полное описание того, что она изучает (предметы, системы, явления). Описать – значит определить, т.е. наложить предел на Природу, и вычленив в ней то, что мы можем понять на уровне своего рассудка. Задача науки сводится к поискам пути познания окружающего мира⁷. Научное познание всегда представляет собой познание частичное. Об этом никогда

⁵ Экологическая катастрофа. <http://ru.wikipedia.org>

Гуманитарная катастрофа. <http://ru.wikipedia.org>

Техногенные катастрофы. <http://chronicl.chat.ru/tehnogen.htm>

⁶ Копнин П.В. Гносеологические и логические основы науки. М., 1974. С. 288.

⁷ Наука – особый вид человеческой познавательной деятельности, направленный на выработку объективных, системно организованных и обоснованных знаний об окружающем мире. Основой этой деятельности является сбор фактов, их систематизация, критический анализ и на этой базе – синтез новых знаний или обобщений, которые не только описывают наблюдаемые природные или общественные явления, но и позволяют построить причинно-следственные связи, и как следствие, прогнозировать. (<http://ru.wikipedia.org/wiki/Наука>).

не следует забывать. Это плод работы нашего рассудка. "Наука – вершина работы рассудка", – пишет святитель Феофан (Говоров)⁸. Рассудок – всего лишь одна из способностей человека, принадлежащая душе⁹.

До недавнего времени наука была свободной деятельностью отдельных ученых, которые искали Истину. Сегодня ученый – это особая профессия. Сейчас в мире миллионы научных работников. Наука стала работой, источником существования для многих людей. Современная наука – это рынок¹⁰. Вернее, поле битвы за финансирование и влияние на умы, за признание идей одних людей и опровержение других. Тут уж не до Истины. Макс Планк, знаменитый физик, сказал по этому поводу: "Обычно новые научные истины побеждают не так, что их противников убеждают и они признают свою неправоту, а большей частью так, что противники эти постепенно вымирают, а подрастающее поколение усваивает новую научную истину сразу".

Антропологические науки в настоящее время разделяют участь всех наук – это настоящее ристалище различных мнений и направлений, прикрытое благими намерениями. До живого ли

⁸ Феофан (Говоров), святитель, Вышенский Затворник. Что есть духовная жизнь и как на нее настроиться. Почаев, 2003. С. 216.

⁹ Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. М., 1995. 384 с.

¹⁰ Совокупность занимающихся наукой людей составляют научное сообщество. Научное сообщество представляет собой сложную самоорганизующуюся систему, в которой действуют и государственные институты, и общественные организации и неформальные группы. Отличительной чертой этого сообщества является повышенная степень признания авторитета, достигнутого научными успехами, и сниженный уровень признания авторитета властного, что порой приводит к конфликту государства и научного сообщества. Также следует отметить более высокую, чем в других социальных сферах эффективность неформальных групп и особенно отдельных личностей. Важнейшими функциями научного сообщества является признание или отрицание новых идей и теорий, обеспечивающее развитие научного знания, а также поддержка системы образования и подготовки новых научных кадров. (<http://ru.wikipedia.org/wiki/Наука>)

тут человека, когда нужно выиграть грант или получить премию? В таких спорах не рождается Истина, в лучшем случае побеждает красноречие.

Парадокс! Никто не покупает сложной машины или устройства без инструкции для пользования. Никто не изучает устройство автомобиля по следам протекторов на асфальте или устройство двигателя по шуму его работы. Человек разумный идёт к тем, кто создал сложную, но необходимую ему вещь и спрашивает, как ею пользоваться.

Человека же наука изучает по "следам на песке", по плодам деятельности человека в видимом вещественном мире. Человечество достаточно хорошо разобрало биологическое тело человека, как говорится, разложило его по косточкам¹¹. В таком теле человек живет на земле в вещественном мире и может быть объектом научных исследований. А человека в целом как изучить?¹²К другим составным частям целостного тела – естества человека, душе и духу человека привычные научные методы не подходят¹³. Нужно знать априори замысел Того, Кто сотворил человека¹⁴. Человек – личность, отвечающая на вопрос "Кто?".

¹¹ Анатомия и физиология человека изучает особенности строения и жизнедеятельности организма в процессе индивидуального развития. Классический подход к изложению информации об организме человека основан на принципе раздельного описания макроскопического строения (анатомия), микроскопического строения (гистология) и функционирования (физиология). Эти разделы науки служат фундаментом для медицины // <http://www.e-anatomy.ru>

Федюкович Н.И. Анатомия и физиология человека. Ростов н/Д, 2003. 416 с.

¹² С чего начинается личность / под общ. ред. Р.И. Косолапова. М., 1983. 360 с.

¹³ "Как в русском языке слово "тело" родственно слову "целый", так и в греческом языке слово "sôma" имеет корень so- (цел-). Прилагательное "sôos" означает "целый, неповрежденный, здоровый". Иануарий (Ивлев), архимандрит. Основные антропологические понятия в Посланиях святого Апостола Павла // Православное учение о человеке. М., 2004. С. 21.

¹⁴ Лосский В.Н. Догматическое богословие. М., 1991. С. 237.

Это не механический набор "винтиков", энергий или сил, отвечающих на вопрос "что?"¹⁵.

Можно ли судить о человеке с некой "объективной", "нейтральной" точки зрения? Существует ли она? Ведь такая позиция должна быть в равной мере чуждой, равноудаленной от всех иных точек зрения. Не есть ли такая "объективность" безразличие и непонимание того, о чем ведется речь? Схоластика и родилась из таких вот "наук ради наук". "Объективность вовсе не состоит в том, чтобы ставить себя вне данного объекта, а наоборот, в том, чтобы рассматривать объект в нем и через него"¹⁶.

Мировоззрения современных людей пестрят разнообразием. Следуя человеческим представлениям, можно подумать, что и человеческое происхождение разнообразно. Некоторые считают себя происшедшими от обезьян, такие люди находятся на стадии эволюции. Часть людей уверена в своём инопланетном происхождении¹⁷. У части людей творцом был некий высший разум¹⁸ или произошла реинкарнация¹⁹ и т.д. Мнения и научные гипотезы растут как грибы после дождя. В такой сумятице мировоззрений ни науке, ни религии невозможно утвердиться в Истине. Человеческий разум, отвергая Божественное Откровение, сам ищет путь к Истине и много на этом пути фантазирует²⁰.

¹⁵ Зенько Ю.М. Основы христианской антропологии и психологии. СПб., 2007. 912 с.

Книга, предложенная Юрием Михайловичем Зенько, является системным исследованием работ в этом направлении. Основными достоинствами книги следует признать ее многогранность, литературную открытость и историчность в области христианской антропологии. Это, прежде всего, серьезное справочное пособие.

¹⁶ Лосский В.Н. Очерки мистического богословия. М., 1991. С. 12.

¹⁷ Садгуру Шивайя Субрамуниясвами. Свитки из Лемурии. Новые откровения о космическом происхождении человека. Киев: София, 2008. С. 336. Люди произошли от земноводных. <http://jupiters.narod.ru/human.htm>

¹⁸ <http://www.theosophy.ru/hpb.htm>

¹⁹ Реинкарнация. <http://who-are-you.ru>

²⁰ Осипов А.И. Путь разума в поисках истины. М., 2006. 202 с.

Диалектический метод, принятый в науке²¹, предполагает наличие высокого научного профессионализма у исследователей. Научный профессионализм, безусловно, подразумевает всесторонние знания о предмете исследования. Спросим: Кто в познании человека может быть большим "профессионалом", или может стать выше святых отцов в суждениях о человеке? Когда Сам Творец являет Себя во святых Своих, дарует им Свои Откровения²².

"Установив здравые понятия об устройении человека, получим вернейшее указание на то, как человеку следует жить", – утверждает святитель Феофан. Настало время, когда ученые-православные-миряне должны "не бояться высот премудрости духовной", и подойти к Откровению Божию, выраженному в Православном наследии святых отцов, как к живому Источнику всякой истинной учености²³.

"Мне думается, – так наставляет святитель, – что многие потому и не живут, как следовало бы, ибо ошибаются, полагая, будто законы жизни навязываются человеку извне. Поэтому не туда направляют свои жизненные силы. По сути же законы окружающей нас жизни исходят изнутри самого человека".

²¹ В более узком смысле диалектика – название гносеологического метода (методологического принципа познания), который реализуется по схеме "тезис-антитезис-синтез". Следуя этому методу, вначале познающий субъект выделяет в реальности некоторое явление, формулирует для этого явления понятие или суждение, которые рассматриваются им как тезис. Затем процесс познания продолжается формулированием антитезиса – формулы или понятия, содержание которого противоположно (противопоставлено) тезису. Только после этого субъект переходит к рассмотрению и познанию взаимосвязи между тезисом и антитезисом – к познанию синтеза. Процесс может повториться на метауровне, когда синтез рассматривается как тезис более высокого уровня. Таким образом постигается истина. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Диалектика>

²² Ростовский Димитрий. Жития святых. Киев, 2000. Т. 1-12.

²³ Материалы научно-практической конференции "Проблемы взаимодействия Русской Православной Церкви и ведущих научных центров России". Саров, 2000. 178 с.

Непомнящих И. Путь Православия сегодня. 10.10.2001. <http://Православие.ru>

Человека, как Венец, Бог сотворил последним, даровал Ему Свое Творение и поручил "возделывать его", царствуя над всеми мирами, видимыми и невидимыми. Законы мироздания согласуются с внутренним устройством человека.

"Жить нам надобно так, как Бог создал нас"²⁴. Эта мысль святителя Феофана, ясная и конкретная, выводит нас на уровень истинного достоинства человека. Человек сотворен личностью и призван в достоинство богоподобное²⁵. Вот базисные понятия о человеке, на которых строится деятельность Академии антропологических наук имени св. Феофана (Говорова) как в фундаментальных исследованиях – антропологическом моделировании, так и в системных подходах: целостное воспитание и образование, лечение и исцеление человека и иные прикладные антропологические дисциплины. "Если бы люди были правильно научены и твердо убеждены в том, что так оно есть на самом деле, то не стали бы перечить Истине и отступать от Законов". Эту задачу решает и воплощает в своей деятельности Академия.

²⁴ Евстигнеев А.И., Евстигнеев Е.А., Евстигнеев М.А. Антропология: учебник. Ч. 1. Физико-морфологическая модель человека / Академия антропологических наук им. св. Феофана (Говорова). Львов: Меганом, 2005. С. 156.

²⁵ Евстигнеев А.И., Евстигнеев Е.А., Евстигнеев М.А. Антропология: учебник. Ч. 2. Этико-аксиологическая модель человека / Академия антропологических наук им. св. Феофана (Говорова). Львов: Меганом, 2005. С. 137.

ИСКУССТВО И МОЗГ

Г.-О. Томасхофф

Всемирная Психиатрическая Ассоциация, Вена, Австрия

ART AND BRAIN

H.-O. Thomashoff

World Psychiatric Association, Vienna, Austria

Why does the brain produce art? What are the influences of the brain onto the art production? How do biology and psychology jointly form art? How does the art reflect the self perception of the artist?

The task of the brain is to produce an image of the outer reality which (usually) allows reasonably coping with it. Each living creature depends on keeping a balance of its bodily functions, if not, it dies. While in plants the direct contact from cell to cell is enough to assure the distribution of water and nutrition, animals already at the level of the first multi-cell organisms began to develop a nervous system as a coordination system for the tasks needed for survival. In the beginning this was very primitive and just there to assure the supply with oxygen, water and food. With evolution progressing, its tasks expanded: Sex for the preservation of the species, stable body temperature, breathing, hormonal systems, just to mention a few, they all depend on a central regulation.

Human beings so far have the most elaborate nervous system. Headed by the brain, its activity has become so complex, that we have gained a consciousness and define ourselves as humans largely by the results of the brain's activities. Consecutively the main criterion for the death of the person is the end of all brain activity.

While most of the numerous the brain functions never become conscious to us, some tasks demand purposeful actions and at least depend to some extent on conscious decision making. Finding water, food or sex-partners implies active behavior in the world we live in.

By means of the hormonal systems the brain realizes imbalances which result in sensations like hunger, thirst or sexual lust and strongly demand actions to reinstall the original balance. We have to actively drink to quench our thirst and maybe even do something to find water to start with (Personally I love the strategy of the Kalahari bushman in the Jamie Uys film "*Animals are Beautiful People*": He catches a baboon, feeds him with salt and then lets him sit and wait for hours bound to a tree. The next morning the poor animal is so thirsty, that when the bushman lets it free, it non-stop runs to its hidden source of fresh water leading its torturer to it). Also finding food can depend on various more or less creative activities, not to mention the satisfaction of our sexual desires.

At some point the increasing complexity of thinking resulted in an expansion of its tasks beyond simply securing the basic physical needs. Fantasy and with it a psychological reality evolved. Even though inevitably linked to the body, the psychological system developed needs on its own. Without external stimuli, without mental nutrition, we cannot exist.

Imagine you are offered a job where the only thing you have to do is: nothing. In exchange you receive a generous salary. Would you say no? Sounds tempting, doesn't it? Canada, 1954: Long lines of people were waiting outside to be able to participate in a psychological experiment which exactly demanded of them to do nothing. They just had to rest in bed with their hands and legs loosely tied and their eyes focused on the ceiling. Foods and drinks were served as desired, and at any point in time they could resign.

Most of the participants took the chance to sleep. When they woke up again, they started to sing or whistle after a while. Or they started talking to themselves. After a couple of hours they began to feel discomfort. Even though it meant waving their salary, the first ones stepped out. Those who stayed within 24 hours all began to hallucinate. The experiment had to be terminated prematurely. The participants who stayed until the early end were not able to resign themselves, they all were acutely psychotic. (Hacker, 1971, p. 179) Deprived of external stimuli our psychological balance is disturbed as is our physical balance without food and water.

A similar example can be found in medieval history: In the thirteenth century the emperor Frederic the Second was in search of the inborn language of humanity. He had newborns raised by nurses who were not allowed to speak to the babies. But instead of starting to mumble words in Hebrew, Greek or Latin as expected, all babies died within a short period of time. So it is not just unspecific types of arousal our brain depends on, instead our psychological wellbeing needs social contacts, human relationships.

As we could see, not only a severe deterioration of our physical stability leads to death but also a massive disturbance of our psychological demands. As a result suicide is the eight most common cause of death in human beings, in the age group between 15 and 24 it is even rated second. In the United States alone, each year 30 000 people commit suicide, that is one in every 18 minutes. (Andreasen, 2001, p. 553) But what evolutionary benefit do we get from a brain that makes us dependent and creates an enormous risk for survival?

A tremendous one! The organism's capacity to adapt to an ever-changing world was multiplied and sped up almost indefinitely. Our dependency from outer stimuli is the basis of our ability to learn and therefore to adjust ourselves apart from the classic biological laws of mutation and selection. But that is not all. When language was introduced step by step the learnt knowledge could be passed on to the next generations, even more so with the invention of writing. Recently the internet has created a pool of information accessible to everyone and unlimited in time and quantity.

If we consider all that, is it then still a surprise, that one of the constant constructive processes in the brain is art? If constant production is the way the brain works, is it then not more surprising, that within all the creative overflow, still (most of the time) the outcome also includes an image of the outer world that sufficiently resembles it to assure the survival in it.

But brain activity alone, does not yet create art – I resist from giving proof to this statement, the dear reader may be well aware of them. The knowledge which was created by a generation also needs to be passed on to the next to be accessible for transformation. Cold-blooded animals lack that ability – reptiles live without culture – which was only developed in warm-blooded creatures. Only their

brains have special areas, which are sensitive to hormones like cortisol, which directly affect the activation of genes and therefore the development of certain traits, so that for example stress leads to an emotional reaction and a learning process which through changes in behavioral patterns then is passed on onto the next generation. The capacity to adapt no longer depends on the rare chance of a beneficial mutation but directly is able to react to environmental changes.

Because of this enormous advance in adaptability, it is thanks to our brains that humans live in the most diverse surroundings, be it the jungle near the equator, the jungle of our cities, a remote island in the South Pacific, a high mountain region in the Himalaya or the icy world of the pole region. Even more so, people are able to adapt to situations which at first glance seem unable to cope with. They adjust their behavior to roles like that of torturer and prisoner (Zimbardo, 2007), to that of slaughterer and martyr and tend to pass these perverted roles on to the next generations (which is one of the mayor likely causes of the perpetuation of wars and homicide in some parts of the world).

The deep rooted effects of transmitted thinking in the creation of societies and within it onto its art can lucidly be observed in Christian medieval art, which was inevitably dominated by religion. Medieval art had to serve Christianity. Tradition demanded this self limitation of content and style until renaissance revolutionized the perception of the world and liberated art from its tight boundaries.

Strangely enough in recent years Christian fundamentalists in Western societies intend to turn back the clock and reintroduce the dominance of religious belief onto their societies and cultures by implementing a so called "intelligent design" concept according to which there supposedly is scientific evidence of a planning power (a god) behind the evolving beauty of evolution.

In his recent book "*The God Delusion*", Neo-Darwinist author Richard Dawkins sums up contrary arguments. For example he states that the non-existence of a god cannot be proved, but neither can the non-existence of flying teapots or spaghetti monsters in space, claiming that it is not assumptions but scientific methods which define science. He also presents a list of the crimes that were committed in the name of faith to support his antireligious agenda. Furthermore he

states that also without the creation of a fictional "god" the world can be explained from a scientific point of view including the evolution of moral guidelines for human interactions. He considers religion a by-product of evolution which according to him is transmitted like a virus between people (Dawkins 2006).

In my view, Dawkins is right, yet his arguments are not new and often somewhat superficial. I doubt that the simplification he gives is able to explain the deep roots of human religious needs. I prefer to understand religion from a psychoanalytic point of view linking it to scientific evidence of our psychological development: Once we become self perceptive during our early years of life, we start to ask existential questions. As the answers to those inevitably have to remain frustrating, we have created the phenomenon of a god to try to explain the unexplainable. Consecutively it is not a coincidence that the image of god evolved parallel to the evolution of the psyche and to the evolution of societies. The early gods were part of nature explaining things mankind did not understand like lightening and other natural phenomena. On the next level gods were transformed into a family which had obvious parallels to ordinary family life – or doesn't the Zeus family remind you of Denver Clan?

Parallel to the process of psychological integration which any child goes through in normal development, also the concepts of god then became more integrated resulting in the single patrimonial figure of monotheism. Again this new one and only god reflected the circumstances of its creators. The early Jewish god was as dangerous as was the everyday life of the Jewish people. Dawkins provides us with a shimmering caricature: "The God of the Old Testament is arguably the most unpleasant character in all fiction: jealous and proud of it; a petty, unjust, unforgiving control-freak; a vindictive, blood-thirsty ethnic cleanser; a misogynistic, homophobic, racist, infanticidal, genocidal, filicidal, pestilential, megalomaniacal, sadomasochistic, capriciously malevolent bully." (Dawkins 2006, p. 191)

Later in the New Testament the god concept gained kindness and then was linked to a pantheistic experience of unity with the universe. At the same time human emancipation allowed the option to fully abolish the need for a god, as Woody Allen put it in his film

"Scoop": "I was born into the Hebrew tradition, but when I got older, I converted to Narcissism."

Parallel to the psychodynamic development of each individual psyche (in societies where a high level of psychological integration has been reached) religion underwent fundamental changes as did the creation of art, both embedded in the progress of the joint wisdom of mankind which still is by no means evenly distributed to date (resulting in different concepts in different societies and even within them to explain the world).

But in addition to those learnt traditions that reflect themselves in the art, are there also biologically inborn traits? Do we have artistic genes?

At this point it is certainly too early to answer this question. Also the existence of certain genes does not guarantee that they are necessarily activated. (Thomashoff, 2009) Yet, first results make it likely that there are some genetically determined inborn esthetic priorities all human beings share.

"Symmetry is beautiful." Psychiatrist Manfred Spitzer tells us why: "A symmetrical body is a healthy body. This rule not only is in force in humans, but also in animals. The reason for it is simple: Infections, parasites, deformities and other illnesses of the body most commonly are not evenly affecting both arms, legs, eyes or ears. Illness, whatever its cause may be, therefore commonly leads to asymmetry."(Spitzer, 2007, p. 111)

Cultural history, especially the abundant heritage of classical architecture, states proof for this observation from the natural sciences. But still there are other factors of beauty than symmetry alone. One may relate to Freudian concepts of round forms or other characteristics of gender, or one may take a stroll to the shopping malls of our cities to observe how shiny objects attract the eyes of many of our fellow citizens – an effect which obviously is not limited to tribal cultures which gave away precious belongings in exchange for some glittering glass pearls. The mental root of this sometimes disadvantageous behavior may likely be our dependency from water. Stone Age people had to search for water with their eyesight in the savannas they lived in (I mentioned the still fashionable Kalahari strategy earlier on) and were not like for example cats able to sniff it. Similarly

we are attracted by light, by the shining flames of the warming fire (which may be linked to the other humans likely to be encountered nearby), unless its dimensions are threatening (burning disasters).

Due to our social nature (exceptions like ICD 10: F21 do not undermine that rule) our eyes tend to wander to any live object, the more human, the more attracting it is (not necessarily attractive). Other eyes are like magnets to our own visual system; our attention is immediately drawn towards them. Anything resembling a human being or another live object is in the center of our perception. This is even stronger in baby schemes. Inevitably we sympathize with anything that resembles an infant, yes, even with cars, although any rational thinking would contradict that. Carmakers like Volkswagen (Beetle) and Mazda (Schuster, 1997, p. 94) without hesitation make use of our weak spots.

Key stimuli force their power upon us. We react like a warbler with a baby cuckoo in his nest – the bigger the stimulus the more we adore it. For the little warblers this means jumping over the edge of the nest (because the baby cuckoo's bill is brighter); for us the consequences vary. Usually they are linked to our basic needs, to food or sex. Art psychology (Schuster, 1997, pp. 84-105) has collected the evidence of those traps of our perception, which still await being likely linked to some genetic source some day ahead. We hardly resist oversized breasts, legs, eyes, shoulders etc.

We can assume that all these influences also find their way into art. Yet, the characteristics that decide whether we like a work of art or not, tend to be rather simple. In order to appeal to our taste, we need to recognize some familiar aspects in an artwork (which makes it dependant on our artistic education) and at the same time we want to be surprised by something new.

Interestingly enough this "law of art taste" has been proven in animals as well: "A vervet monkey and a chimpanzee were given dyes with colorful ornaments. They were allowed to choose some of them to play with. They preferred regular forms (avail or radial symmetry) over irregular ones. Also the color preference of the animals followed certain aesthetic criteria. After a few turns the monkeys and apes tended to switch their color of choice, as do people following the trends of fashion." (Schuster, 1997, p. 81)

Taken this into account, it will no longer surprise us that some artists reach their fame long after their death. Van Gogh's stylistic inventions depended on the acceptance of impressionism to make their pictorial complexity understood and have their individual language of beauty integrated into the context of the art historical ideal.

It is not culture alone that creates its impact onto the oeuvre of an artist, which also becomes visible in the following phenomenon: A brain has to mature, leading to stylistic phenomena in certain ages. When my three year old daughter is drawing a person, she tends to focus on the head and then add legs and arms. The skipping of the trunk of the body is typical for her age. Curiously enough this basic stylistic oddity is characteristic for the art of children aged between two and four, but it is also found in tribal art as well as in the drawings of severely ill psychiatric patients, mainly those suffering from chronic schizophrenia and dementia. Consequently we seem to be confronted with a minor observation leading to major assumptions. Obviously the head-and-foot person reflects a developmental stage of the psyche, respectively of the brain. Given the fact that early cultures produce the same stylistic features as young brains, there must be a parallel between the evolution of psyches and the evolution of cultures. On the other hand the fact that psychiatric illness results in a transformation of thinking processes (visible in the drawing style) resembling those of children can be seen as an evidence of the regressive potential of certain psychiatric conditions. (Kraft, 1997, pp. 271-280)

Despite all these biological influences mentioned, art is not simply an inborn capacity. It has to be elaborated by the cultural tradition it is developed in. Yet even then it is not culture alone, but also the life experience of the artist apart from his or her artistic training which leaves traces in the art. Just on the basis of the given biology and the stored biographic experience the artist starts to interact with the culture.

How subtle the psychodynamic influence on an art can be, the oeuvres of several artists especially those from expressionism clearly reveal. As an example you may compare two self portraits of the German expressionist Ernst Ludwig Kirchner from 1926 and 1917 representing the highly changing self perception of the artist due to a

narcissistic personality disorder he suffered from and which was major cause of his suicide in 1938 (Thomashoff, 1997).

After thus having also focused on the various non-cultural aspects which influence the creation of a work of art, the last remaining question is: How does an artwork become recognized as such and how does it become integrated into the temple of appraised art history? The answer is: It is the same rules of interwoven biological, psychodynamic and cultural influences that lead to its creation, which also determine the interpretation and with it the attributed artistic value to a work of art.

As an anecdote goes, Andy Warhol once was asked by a young artist, what he should do to get onto the cover-page of Andy Warhol's influential art magazine, which would have made him an imminent success. The simple answer was: "Sleep with me."

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

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

(1921-1986) was laboriously cleaned by an eager cleaning woman who then faced charges of destroying a highly valuable work of art.

References

1. *Andreasen N.C., Black D.W.* Introductory Textbook of Psychiatry. 3rd edition. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2001.
2. *Dawkins R.* The God Delusion. Boston: Houghton Mifflin, 2006.
3. *Hacker F.* Aggression – Die Brutalisierung der modernen Welt. Wien: Molden, 1971.
4. *Kraft H.* Die Kopffüßler // Brugger I., Gorsen P. Schröder K.A. Kunst und Wahn (Katalog zur Ausstellung im Kunstforum Wien). Köln: Dumont, 1997.
5. *Schuster M.* Wodurch Bilder wirken. 3rd edition. Köln: Dumont, 1997.
6. *Spitzer M.* Vom Sinn des Lebens. Stuttgart: Schattauer, 2007.
7. *Thomashof H.-O.* Die Suizidalität in Leben und Werk Ernst Ludwig Kirchners (Dis.). Hamburg, 1997.
8. *Thomashoff H.O.* Versuchung des Bösen. München: Kösel, 2009.
9. *Zimbardo P.* The Lucifer Effect. New York: Random House, 2007.

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

ПАМЯТИ АЛЕКСАНДРА БОРИСОВИЧА КОЗЛОВА

8 марта 2012 года ушел из жизни Александр Борисович Козлов, член правления Российского общества психиатров, заслуженный врач Чувашской Республики, кандидат медицинских наук.

Практически вся трудовая деятельность А.Б. Козлова была связана с организацией здравоохранения и психиатрией. После окончания в 1985 г. медицинского факультета Чувашского государственного университета по специальности



"Лечебное дело" прошел интернатуру по психиатрии на базе Республиканской психиатрической больницы. Врачебную деятельность начал в Ядринской ЦРБ в должности врача-нарколога. Затем работал врачом-психоэндокринологом, заведующим психотерапевтическим центром.

В 1997–2010 гг. Александр Борисович возглавлял Республиканскую психиатрическую больницу. За время работы главным врачом показал себя опытным руководителем, обладающим хорошими организаторскими данными. Под его руководством были внедрены многие новые методы психотерапии, современные технологии лечебно-диагностического процесса, осуществлялось организационно-методическое руководство психиатрическими и психотерапевтическими кабинетами в республике.

Организовал на базе больницы стационарное отделение судебно-психиатрической экспертизы, в том числе для лиц, содержащихся под стражей; организационно-методический отдел; отдел АСУ; психологическую лабораторию; отделение сестринского ухода; были открыты отделение реанимации и интенсивной терапии; клиническое психиатрическое отделение.

А.Б. Козлов был врачом-психиатром высшей квалификационной категории, в 1991–2001 гг. он являлся главным внештатным психотерапевтом Минздрава Чувашии, в 2001–2010 гг. – главным психиатром Минздравсоцразвития Чувашии. С 2003 г. возглавлял курс психиатрии на базе ГОУ ДПО "Институт усовершенствования врачей" Минздравсоцразвития Чувашии. С 2010 г. возглавлял отделение телефона доверия. Автор более 150 научных статей, методических указаний и рекомендаций.

За хорошие показатели работы учреждения, безупречную работу, активность неоднократно поощрялся Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, Российской Федерации. В 2001 г. ему было присвоено почетное звание "Заслуженный врач Чувашской Республики". Дважды был награжден дипломом Российского общества психиатров за современную организацию психиатрической и психотерапевтической службы в регионе (2000, 2010).

Александр Борисович надолго останется в нашей памяти как инициативная, творческая, болеющая за свое дело личность, много внесшая в организацию и эффективную работу психиатрической службы Чувашской Республики.

ИСТОРИЯ И НАСТОЯЩЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ ЧУВАШИИ

Научное общество невропатологов и психиатров Чувашии (ОНП) было образовано в сентябре 1962 г. Первоначально оно объединяло всего 35 членов. Первым председателем ОНП являлась Л.Н. Сыркина (1962–1974). На первых своих заседаниях ОНП занималось в основном рассмотрением актуальных вопросов невропатологии. Это было связано с большим числом врачей-невропатологов (28 против 16 психиатров) и тем обстоятельством, что многие психиатры работали в Шихазанской и Ядринской психиатрической больницах, отдалённых от г. Чебоксары. После завершения строительства Республиканской психиатрической больницы (РПБ) и увеличения числа врачей активизировалась научно-практическая работа и среди психиатров республики. Из архивных документов известно, что члены ОНП принимали участие в работе 2-го Всероссийского (декабрь 1967 г.) и 5-го Всесоюзного съездов невропатологов и психиатров (июль 1969 г.). С этого времени врачи Чувашии стали постоянными делегатами различных съездов, проводимых под эгидой Всероссийского общества невропатологов и психиатров. Они регулярно выезжают и на другие научные форумы, выпускают методические письма по лечению и профилактике психоневрологических заболеваний. В те годы в Чувашии ежегодно проводились итоговые и выездные научно-практические конференции с участием ведущих специалистов гг. Москвы, Ленинграда и Казани. Среди участников были профессора: А.И. Болдырев, Б.С. Бадамс, В.С. Чудновский, кандидаты наук (доценты): Я.И. Чехович, А.М. Митрофанов, А.Ю. Ратнер, В.П. Андреев, В.И. Танкиевская и др. В 1970 г., например, республиканское правление ОНП провело две выездные конференции для врачей Шихазанской и Ядринской психиатрической больниц.

С 1974 по 1979 гг. председателем ОНП являлся профессор курса нервных болезней Чувашского госуниверситета (ЧГУ) И.С. Ерохов. По его инициативе начали разрабатываться вопросы краевой патологии, эпидемиологии нервно-психических заболеваний в Чувашии. Материалы этих исследований неоднократно докладывались на съездах и конференциях различного уровня. Число членов ОНП составляло в то время 170 человек. После переезда в 1979 г. И.С. Ерхова в г. Москву председателем общества был избран доцент курса нервных болезней ЧГУ И.К. Кузьмин.

В 1988 г. на VIII Всесоюзном съезде неврологов, психиатров и наркологов был принято решение о разделении Всесоюзного общества по специальностям. В Чувашии 03.01.1990 г. образовывается общество психиатров, которое возглавляет гл. врач РПБ, гл. психиатр МЗ ЧАССР А.Н. Шигильчев, и общество невропатологов (председатель – доцент И.К. Кузьмин). В 1992 г. эти общества были преобразованы в ассоциации со своими уставами, зарегистрированы в Министерстве юстиции Чувашии. Председателем Чувашской ассоциации психиатров, наркологов и психотерапевтов (ЧАПН) в 1993 г. избран гл. психиатр республики Г.К. Волков. В 1996 г. председателем ЧАПН стал доцент курса психиатрии и медицинской психологии ЧГУ А.В. Голенков, а в 2001 г. – гл. врач РПБ А.Б. Козлов. Председателем Ассоциации врачей-неврологов все эти годы неизменно оставался доцент курса неврологии ЧГУ И.К. Кузьмин. Большой вклад в развитие общества внесли главные внештатные специалисты Минздрава ЧР: Н.Н. Левендаль, Г.С. Ухватава, Р.Х. Хабибуллина, Н.К. Сумкин, А.Б. Козлов, В.Н. Захаров, а также его секретари: Г.К. Волков, Е.Г. Ведина, В.П. Слюсарева, А.В. Никифорова, Д.К. Смирнов, Г.И. Семенов и др.

Заседания ЧАПН проводятся один раз в два месяца на базе РПБ. На них приезжают психиатры, наркологи и психотерапевты из всех уголков Чувашии. Кроме того, работа осуществляется по секциям (заседания от одного раза в месяц до одного раза в три месяца), выделенным по специальностям: психотерапия и медицинская (клиническая) психология, наркология, а также по секциям в составе крупных учреждений психиатрического про-

филя. Так, успешно работают секции в РПБ, Республиканском наркологическом диспансере, Шихазанской и Ядринской межрайонных психиатрических больницах, Республиканском психоневрологическом диспансере (психотерапевтическом центре), Республиканском межрайонном наркологическом диспансере (г. Новочебоксарск). Предпринимаются попытки для организации подобных секций в Алатырском психиатрическом отделении Центральной районной больницы, в г. Шумерле и г. Канаше. Подобная структура существует и в Чувашском региональном отделении Всероссийского общества неврологов (приемнице Ассоциации врачей-неврологов), объединяющая 115 членов. В ЧаПН на сегодняшний день насчитывается около 200 врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов из учреждений здравоохранения, образования, социальной политики, внутренних дел и юстиции.

В обоих обществах (ассоциациях) при содействии сотрудников кафедр ЧГУ проводятся научные исследования, имеющие большое практическое значение для здравоохранения республики. По их материалам защищены диссертации, опубликован ряд методических пособий и рекомендаций для врачей и студентов.

Литература

1. *Голенков А.В.* Республиканские научно-практические конференции по психиатрии, наркологии и психотерапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 124-132.
2. *Николаев Е.Л., Голенков А.В.* Четвертый съезд психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 162-163.
3. *Николаев Е.Л., Голенков А.В.* Очередной форум психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов в Чебоксарах // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 162-166.

Е.Л. Николаев, А.В. Голенков

ПОЛСТОЛЕТИЯ НА СЛУЖБЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧУВАШИИ

Психиатрическая служба Чувашской Республики (ЧР) начала формироваться в середине 50-х годов. До этого медицинскую специализированную помощь по психиатрии жителям республики, в том числе стационарную, оказывали либо в соседних регионах и областях, либо на местах врачи-терапевты и невропатологи. Республика имела психоприемник на 5 койко-мест, который выполнял функцию "диагностического фильтра и этапного отправного пункта" для направления лиц с психическими расстройствами на лечение в Казанскую, Горьковскую или Ульяновскую психиатрические больницы. Сложившаяся ситуация требовала коренных преобразований [1, 2].

В соответствии с приказом Минздрава Чувашии от 1.04.1956 г. № 35 в Первой Чебоксарской городской больнице (ЧГБ) был открыт психиатрический диспансер (ПД) пятой категории с тремя врачебными должностями на базе "психонервного" отделения (будущая психиатрическая больница). Главным врачом диспансера была назначена Л.Н. Сыркина. Поскольку ПД большую часть года не имел своего помещения, врачи-специалисты вели прием психически больных в кабинетах городской поликлиники. На психиатрическом учете в ПД после первого года работы психиатрической службы состояло 286 городских и 889 сельских больных, "прошедших однократно лечебно-консультативный прием".

В 1957 г. изменился профиль "психонервного" отделения, диагностическому фильтру-приемнику на 5 коек на базе Первой ЧГБ были выделены палаты для лечения больных с пограничными состояниями. Из 581 пролеченного больного 344 (59,2 %) составили лица с психическими расстройствами, в том числе "большими" психическими расстройствами (шизофрения и пр.). В 1958 г. данное отделение было расширено до 40 коек. В связи с тем, что количество лиц с психическими расстройствами росло, в 1958 г. было начато строительство Республиканской пси-

хиатрической больницы (РПБ), исполняла обязанности главного врача строящейся больницы Л.Н. Сыркина.

В начале 1962 г. Л.Н. Сыркина по состоянию здоровья была освобождена от должности главного врача и переведена на работу в Республиканскую больницу. Главным врачом РПНД временно стала врач-психиатр Н.В. Морякова. Строительство РПБ завершилось в ноябре 1962 г. и 25 декабря 1962 г. состоялось открытие Чебоксарской Республиканской психиатрической больницы со стационаром на 100 коек. Главным врачом РПБ был назначен И.В. Курчин, до этого работавший главным врачом Шихазанской психиатрической больницы. При нем РПНД был реорганизован в диспансерное отделение РПБ (1964), в республике начали проводить судебно-психиатрические экспертизы (1966).

В 1967 г. главным врачом РПБ становится А.П. Шипцов. Под его руководством в 1967 г. был сдан лечебный корпус со вспомогательными кабинетами, открыты 3-е мужское отделение на 65 коек, 4-е мужское на 40 коек и 3-е женское отделение на 65 коек; начали функционировать биохимическая лаборатория и рентгеновский кабинет. В 1968 г. было завершено строительство лечебного корпуса, где были открыты 1-е женское отделение на 65 коек, 2-е женское отделение на 65 коек, 4-е женское отделение на 65 коек и 5-е мужское отделение на 65 коек. Сданы в эксплуатацию овощехранилище; открыт дневной стационар на 30 мест при диспансерном отделении. Для проведения трудотерапии организованы лечебно-трудовые мастерские на 100 мест, которые впоследствии были расширены до 160 посадочных мест. В 1970 г. ЛТМ был расширен до 200 мест, здесь работали швейный и картонажный цех, цех по пошиву обуви и матрацев.

В 1972 г. на базе РПБ был размещен курс психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова.

С 1979 г. впервые в психиатрической службе республики начал работать медицинский психолог Л.В. Иванова.

В 1986 г. главным врачом РПБ становится А.Н. Шигильчев. Его заслуга в том, что впервые в республике в 1987 г. появился психотерапевтический центр как подразделение РПБ для лечения лиц с пограничными психическими расстройствами [3]. Из-

за недостаточности коечного фонда, скученности больных в отделениях правительством республики было принято решение о строительстве дополнительного лечебного корпуса. И в 1991 г. было начато строительство нового лечебного корпуса на 240 коек на территории больницы.

В 1997 г. главным врачом больницы был назначен А.Б. Козлов, до этого работавший заведующим психотерапевтическим центром больницы, затем, после его отделения от больницы в самостоятельное учреждение, главным врачом. Под его руководством были проведены большие реконструкционные и реорганизационные мероприятия. В 1997 г. оргметодкабинет РПБ преобразован в организационно-методический консультативный отдел со своим отделом АСУ, отвечающий современным требованиям. Открыт кабинет электроконвульсивной терапии, позволяющий проводить лечение некурабельных больных и больных с различными формами осложнений лекарственной терапии. В 1998 г. открыто специализированное отделение стационарных судебно-психиатрических экспертиз на 25 коек с наличием в его структуре пяти "стражных" коек. На базе 2-го мужского отделения организовано отделение принудительного лечения общего типа на 60 коек, что позволило обеспечить более качественное проведение принудительного лечения. В целях повышения качества оказания психиатрической помощи детям и подросткам г. Чебоксары организовано детско-подростковое диспансерное отделение, кабинеты специалистов данного отделения для приближения специализированной психиатрической помощи населению расположены в детских поликлиниках г. Чебоксары. В 1999 г. открыта психологическая лаборатория, которая в соответствии с возложенными на нее функциями проводит психокоррекционную работу и психологическое консультирование больных и их родственников; разрабатывает развивающие программы; проводит мероприятия по психопрофилактике и психогигиене. В целях улучшения медицинской и социальной помощи больным пожилого и старческого возраста, одиноким, по состоянию здоровья нуждающимся в уходе и поддерживающем лечении, в больнице открыто отделение сестринского ухода. В 2001 г. организовано отделение реанимации и интенсивной те-

рапии, в котором осуществлялись ЭСТ, методы гравитационной хирургии, детоксикация. В 2002 г. амбулаторная судебно-психиатрическая экспертная комиссия была реорганизована в отделение амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз. В 2003 г. на базе РПБ организован курс психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии Института усовершенствования врачей Минздрава ЧР. В 2004 г. была сдана в эксплуатацию первая очередь нового корпуса, полная сдача которого состоялась в декабре 2007 г.

С 2010 г. руководит больницей Л.Н. Макарова, которая была главным врачом Шихазанской психиатрической больницы. Под ее руководством продолжились реорганизационные мероприятия, структура больницы приводится в соответствие с порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Акцент оказания психиатрической помощи постепенно смещается к стационарзамещающим технологиям, экономически более выгодным и менее стигматизирующим население. Организовано амбулаторное медико-реабилитационное отделение для проведения психосоциальной реабилитации лиц, выписанных из психиатрических стационаров; открыто отделение интенсивной терапии и реанимации на 50 коек, из них три – реанимационные (для лечения злокачественных форм психических расстройств, купирования тяжелых форм осложнений психофармакотерапии и т.д.). Для оказания специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и с суицидальным поведением открыт единый республиканский телефон доверия, звонки на который бесплатные со всей территории республики как с домашних, так и сотовых телефонов. Открыты кабинеты медико-социально-психологической помощи в психотерапевтическом центре и в Новочебоксарской городской больнице.

Сегодня больница является одним из крупнейших республиканских медицинских учреждений, организационно-методическим и лечебно-диагностическим центром по оказанию первичной медико-санитарной и специализированной психиатрической помощи населению ЧР. Согласно принципу децентрализации психиатрической помощи, больница оказывает специа-

лизированную психиатрическую помощь второго уровня прикреплённому населению и специализированную психиатрическую помощь клинического уровня всему населению республики. Структура больницы представлена 13 стационарными отделениями (785 коек), двумя дневными стационарами (100 коек), четырьмя диспансерными отделениями (взрослым Чебоксарским, Новочебоксарским, детско-подростковым, психотерапевтическим), организационно-методическим консультативным отделом.

В больнице развернуты параклинические службы: клиническая и биохимическая лаборатории, отделение функциональной диагностики (выполняются ЭЭГ, РЭГ, УЭГ, ЭКГ); стоматологический и рентгенологический кабинеты, физиотерапевтическое отделение. Организованы консультации врачей-специалистов: хирурга, терапевта, отоларинголога, акушера-гинеколога, невролога. Для оказания социально-правовой помощи психически больным и их родственникам в больнице работают пять юристов-консультантов и семь специалистов по социальной работе.

На базе больницы функционируют кафедра психиатрии и медицинской психологии, кафедра социальной и клинической психологии Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова, курс психиатрии, наркологии и психотерапии Института усовершенствования врачей. Более 1000 студентов, врачей и психологов республики ежегодно проходят обучение, подготовку и переподготовку на базе больницы. Специалисты больницы проводят учебную и научно-исследовательскую работу, различные научно-практические конференции и съезды.

Больница успешно работает в рамках республиканской целевой программы "Психические расстройства", модернизации здравоохранения ЧР. оснащается современным лечебно-диагностическим оборудованием и лекарственными средствами.

На территории больницы работает православный храм во имя преподобного Серафима Саровского. Священнослужителями проводятся духовные беседы с пациентами, их родственниками и сотрудниками больницы. Все это благотворно влияет на больных, улучшает их самочувствие и моральное состояние, дает возможность верующим отправлять религиозные обряды.

В больнице работают более 800 специалистов, из них врачей – 193 ставки, среднего медперсонала – 338 ставки. 66 % врачей и 70 % среднего медперсонала имеют различные квалификационные категории.

За успешную работу в деле охраны психического здоровья населения ЧР Республиканская психиатрическая больница была удостоена звания "Лучшее республиканское учреждение" (2002), награждена Почетной грамотой Российского общества психиатров (2010).

Главной целью реализации федеральных и республиканских целевых программ является повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи населению. Для этого планируется:

- усовершенствование материально-технической базы больницы;
- открытие медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи;
- дальнейшее развитие стационарзамещающих технологий;
- расширение и совершенствование реабилитационных программ для лиц с психическими расстройствами и их родственников;
- развитие психиатрической помощи лицам пожилого возраста: открытие геронтологического кабинета и соматогеиатрического отделения;
- развитие детской психиатрии.

Задачи Республиканской психиатрической больницы для дальнейшего развития и совершенствования психиатрической помощи в ЧР:

- повышение доступности психиатрической и психотерапевтической помощи населению и увеличение объемов ее оказания;
- повышение количества больных, получающих специализированную медицинскую помощь в соответствии со стандартами;
- повышение эффективности использования кадровых ресурсов и медицинского оборудования;

– обеспечение выездной плановой консультативной специализированной медицинской помощи психиатрическим подразделениям республики;

– обеспечение организационно-методической поддержки по оказанию специализированной медицинской помощи населению ЧР;

– достижение индикаторных показателей подпрограммы "Психические расстройства" целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2010-2020 годы)".

Литература

1. *Голенков А.В.* История становления психиатрии в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 8-35.
2. *Козлов А.В.* Организация и развитие психиатрической службы в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 36-55.
3. *Николаев Е.Л., Орлов Ф.В.* Этапы развития психотерапии и клинической психологии в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 63-67.

М.Н. Макарова

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ЧУВАШИИ – ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА

Психотерапевтическая служба Чувашии представляет собой сферу практического здравоохранения Чувашской Республики, осуществляющую профилактику, выявление, лечение и реабилитацию психических и поведенческих расстройств, оказание профилактической помощи лицам, имеющим донозологический уровень психической дезадаптации, ведущую превентивную психологическую работу со здоровыми лицами, относящимися к группе риска по развитию психических и поведенческих расстройств [3, 5].

Основными целями психотерапевтической службы являются:

- поддержание и развитие психического и физического здоровья населения Чувашской Республики, формирование адаптивных жизненных установок и развитие личностного потенциала жителей республики;

- оказание в полном объеме психолого-психотерапевтической помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, донозологическими нарушениями и кризисными состояниями;

- мониторинг и научное исследование состояния психического здоровья населения с целью применения результатов в практике здравоохранения.

Нормативной базой, регулирующей оказание психотерапевтической помощи являются: приказ Минздрава России от 06 мая 1998 г. № 148 "О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением", приказ Минздрава России от 16 октября 2001 г. № 371 "О штатных нормах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек" в ред. приказа Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2006 г. № 320, приказ Минздрава России от 16 сентября 2003 г. № 438 "О психотерапевтической помощи", приказ Минздравсоцразвития России от 22 августа 2005 г. № 534 "О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями

инсульта и черепно-мозговой травмы", приказ Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 г. № 389 "О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях", приказ Минздравсоцразвития России от 24 сентября 2007 г. № 623 "О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации", приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения".

Психотерапевтическая помощь населению Чувашской Республики, включающая в себя профилактику, выявление, лечение и реабилитацию психических и поведенческих расстройств, оказание профилактической помощи лицам, имеющим донозологический уровень психической дезадаптации, превентивную психологическую работу со здоровыми лицами, относящимися к группе риска по развитию психических и поведенческих расстройств, осуществляется на постоянной основе с ноября 1987 г., когда в составе Республиканской психиатрической больницы было организовано новое структурное подразделение – Республиканский психотерапевтический центр, призванный стать не только одним из специализированных отделений психиатрической клиники, но и организационно методическим центром рождающейся психотерапевтической службы Чувашии.

Первым руководителем психотерапевтического центра стал известный врач-психотерапевт П.А. Измайлов, который много сделал для становления этого подразделения. В 1990 г. для Республиканского психотерапевтического центра выделено отдельное здание – старинный двухэтажный особняк, расположенный в живописном уголке исторической части города на берегу Волги, что позволило значительно снизить стигматизирующее воздействие на пациентов факта обращения за помощью в отделение психиатрического учреждения. В этом здании психотерапевтический центр располагается до сегодняшнего дня.

В 1990 г. заведующим Республиканским психотерапевтическим центром становится А.Б. Козлов, известный в дальнейшем как талантливый врач-психотерапевт, активный и умелый орга-

низатор здравоохранения. Благодаря его усилиям психотерапевтический центр пополняется новыми кадрами врачей и психологов, которые активно внедряют самые разнообразные лечебно-диагностические и профилактические подходы, проводятся семинары, тренинги и конференции, приглашаются опытные специалисты из России и из-за рубежа. Психотерапевтический центр становится подлинной Меккой для всех, кому небезразлична психотерапия и психология.

Будучи главным психотерапевтом Минздрава Чувашии А.Б. Козлов сумел построить стройную систему оказания психотерапевтической помощи не только взрослому, но и детскому населению всей республики. В больницах и медсанчастях открываются новые психотерапевтические кабинеты, вводятся ставки в штатах учреждений, выпускники медицинского факультета с большим желанием и интересом становятся врачами-психотерапевтами.

Закономерным результатом такого устойчивого развития психотерапевтической службы республики становится выделение летом 1997 г. Республиканского психотерапевтического центра в самостоятельное учреждение, первым главным врачом которого становится А.Б. Козлов. После того как А.Б. Козлов возглавил Республиканскую психиатрическую больницу, руководителем Республиканского психотерапевтического центра становится врач-психотерапевт С.В. Павлов, которому пришлось решать много организационных вопросов, связанных с деятельностью самостоятельного лечебно-профилактического учреждения. В 1999 г. с переездом С.В. Павлова на работу в Москву, руководителем психотерапевтического центра становится Т.В. Цурупа, стоявшая у истоков организации в республике психотерапевтической помощи детям и подросткам. Общее организационно-методическое руководство психотерапевтической службой республики все это время осуществляет А.Б. Козлов, являющийся главным психотерапевтом Минздрава Чувашии.

С ноября 1999 г. главным врачом Республиканского психотерапевтического центра становится Ф.В. Орлов. С 2002 г. главным психотерапевтом Минздрава Чувашии назначается заместитель главного врача Республиканского психотерапевтического центра Е.Л. Николаев. В это время деятельность психотерапевтической

службы получает новый импульс для дальнейшего развития. В составе учреждения открывается лаборатория медицинской психологии, развивается межведомственное сотрудничество с учреждениями образования, культуры, МВД, МЧС, ФСИН, регулярно проводятся образовательные циклы с приглашением ведущих специалистов страны в области психотерапии и клинической психологии. В апреле 2003 г. для специалистов психотерапевтической службы республики специальные лекции читает главный психотерапевт Минздрава России, руководитель отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева проф. Б.Д. Карвасарский. Он оценивает организацию деятельности психотерапевтического центра как лучшую в стране и рекомендует данный опыт к внедрению в других регионах.

Врачи-психотерапевты начинают знакомиться с передовым опытом по профилактике в США, выезжают для участия в работе конференций и семинаров в другие зарубежные страны. Интенсивно ведется научная деятельность [8]. За десятилетний период с 2000 г. защищены пять кандидатских диссертаций (Е.Л. Николаев, А.Б. Козлов, Ф.В. Орлов, Н.М. Абрамова, Е.С. Сулова) и одна докторская диссертация (Е.Л. Николаев) по медицинским и психологическим специальностям.

Врачи-психотерапевты выступают с докладами на Всероссийских и международных конференциях [7, 10], регулярно проводятся собственные научно-практические конференции [4, 6], издаются сборники материалов, готовятся методические рекомендации для врачей. На базе психотерапевтического центра проходят подготовку студенты-медики и психологи Чувашского государственного университета, врачи различных специальностей в рамках повышения квалификации и профессиональной переподготовки [9].

С 2007 г. Республиканский психотерапевтический центр после десяти лет самостоятельной деятельности входит в состав Республиканской психиатрической больницы в качестве лечебно-диагностического отделения. Руководство центром осуществляет главный психотерапевт Минздрава Чувашии Е.Л. Николаев. Ф.В. Орлов организует и возглавляет вновь открытое психосоматическое отделение в составе Республиканской психиатрической больницы. С 2010 г. заведующим лечебно-

диагностическим отделением становится Э.В. Козлова, заведующим отделением "Телефон доверия" А.Б. Козлов.

Всего на начало 2012 г. в Чувашской Республике в 13 учреждениях здравоохранения работает 23 врача-психотерапевта. В структуру психотерапевтической службы также входят медицинские психологи, которые участвуют в оказании психолого-психотерапевтической помощи населению [2]. На начало 2012 г. в 26 медицинских учреждениях республики работает 62 медицинских психолога. Это говорит о возрастающей роли данных специалистов в лечебно-диагностическом процессе, в том числе в психотерапии и психологической коррекции.

В ноябре 2012 г. в г. Чебоксары состоялась Международная научная конференция "Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения", посвященная 25-летию Республиканского психотерапевтического центра и психотерапевтической службы Чувашии. В изданном Чувашским государственным университетом сборнике материалов конференции на русском и английском языках опубликованы работы отечественных и зарубежных ученых и специалистов из Чувашии, Татарстана, Хакасии, Нижнего Новгорода, Самары, Ярославля, Саратова, Краснодара, Челябинска, Санкт-Петербурга и Москвы, а также Белоруссии, Украины, Киргизии, Австрии, Норвегии, посвященные актуальным вопросам психического здоровья человека и его развития [1].

Таким образом, за двадцать пять лет своего существования психотерапевтическая служба Чувашии проделала большой путь. Решающую роль в деятельности психотерапевтической службы играл Республиканский психотерапевтический центр, формы и методы работы которого в новых условиях нуждаются в совершенствовании в соответствии с задачами, стоящими перед психотерапевтической службой.

Среди важных целей развития психотерапевтической службы в Чувашской Республике в настоящее время можно выделить:

- создание современной системы психолого-психотерапевтической помощи населению республики, активно содействующей поддержанию и сохранению психического здоровья каждым жителем республики;

- повышение качества и доступности психолого-психотерапевтической помощи населению республики;
- формирование системы межведомственного и межсекторального взаимодействия по созданию условий формирования потенциала здоровья детей, подростков и молодежи;
- содействие сохранению здоровья и эмоционального благополучия медицинских работников.

Литература

1. Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения: материалы Международной научной конференции / под ред. Е.Л. Николаева. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 216 с.
2. *Беребин М.А., Синицкий И.В.* Статус клинической (медицинской) психологии в здравоохранении за рубежом, в России и в Украине: проблемы и реальность // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. № 45. С. 67-77.
3. *Голенков А.В.* История становления психиатрии в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 8-35.
4. *Голенков А.В.* Республиканские научно-практические конференции по психиатрии, наркологии и психотерапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 124-132.
5. *Козлов А.В.* Организация и развитие психиатрической службы в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 36-55.
6. Личность и здоровье в эпоху новых ценностей // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 137-139.
7. *Николаев Е.Л.* Перспективы развития психотерапии как науки в эпоху доказательной медицины // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 119-122.
8. *Николаев Е.Л.* Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 8-49.
9. *Николаев Е.Л., Орлов Ф.В.* Этапы развития психотерапии и клинической психологии в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 63-67.
10. Школа молодых ученых в Суздале // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 135-136.

Е.Л. Николаев

ПО ИТОГАМ РАБОТЫ V СЪЕЗДА РОССИЙСКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(Москва, 14-18 февраля 2012 г.)

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС ПСИХОЛОГА

Этический кодекс психолога Российского психологического общества составлен в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом Российской Федерации № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года "О персональных данных", Уставом Российского психологического общества, Всеобщей декларацией прав человека, Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации "Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования", международной Универсальной декларацией этических принципов для психологов, Этическим метакодексом Европейской федерации психологических ассоциаций.

Консультативным и регулирующим органом Российского психологического общества по вопросам профессиональной этики психолога является Этический комитет Российского психологического общества.

В настоящем Этическом кодексе термин "Психолог" относится к лицу, имеющему высшее психологическое образование.

В настоящем Этическом кодексе термин "Клиент" относится к лицу, группе лиц или организации, которые согласились быть объектом психологических исследований в личных, научных, производственных или социальных интересах или лично обратились к Психологу за психологической помощью.

Действие Этического кодекса распространяется на все виды деятельности психологов, определенные настоящим Этическим кодексом. Действие данного Этического кодекса распространяется на все формы работы Психолога, в том числе осуществляемые дистанционно или посредством Интернета.

Профессиональная деятельность психолога характеризуется его особой ответственностью перед клиентами, обществом и психологической наукой, и основана на доверии общества, ко-

торое может быть достигнуто только при соблюдении этических принципов профессиональной деятельности и поведения, содержащихся в настоящем Этическом кодексе.

Этический кодекс психологов служит: для внутренней регуляции деятельности сообщества психологов; для регуляции отношений психологов с обществом; основой применения санкций при нарушении этических принципов профессиональной деятельности.

Этические принципы психолога

Этика работы психолога основывается на общечеловеческих моральных и нравственных ценностях. Идеалы свободного и всестороннего развития личности и ее уважения, сближения людей, создания справедливого, гуманного, процветающего общества являются определяющими для деятельности психолога. Этические принципы и правила работы психолога формулируют условия, при которых сохраняются и упрочиваются его профессионализм, гуманность его действий, уважение людей, с которыми он работает, и при которых усилия психолога приносят реальную пользу.

Принцип уважения

Психолог исходит из уважения личного достоинства, прав и свобод человека, провозглашенных и гарантированных Конституцией Российской Федерации и международными документами о правах человека.

Принцип уважения включает:

– *уважение достоинства, прав и свобод личности.*

Психолог с равным уважением относится к людям вне зависимости от их возраста, пола, сексуальной ориентации, национальности, принадлежности к определенной культуре, этносу и расе, вероисповедания, языка, социально-экономического статуса, физических возможностей и других оснований.

Беспристрастность Психолога не допускает предвзятого отношения к Клиенту. Все действия Психолога относительно Клиента должны основываться на данных, полученных научными методами. Субъективное впечатление, которое возникает у Психолога при общении с Клиентом, а также социальное положение

Клиента не должны оказывать никакого влияния на выводы и действия Психолога.

Психолог избегает деятельности, которая может привести к дискриминации Клиента по любым основаниям.

Психологу следует так организовать свою работу, чтобы ни ее процесс, ни ее результаты не наносили вреда здоровью и социальному положению Клиента и связанных с ним лиц;

– *конфиденциальность.*

Информация, полученная Психологом в процессе работы с Клиентом на основе доверительных отношений, не подлежит намеренному или случайному разглашению вне согласованных условий.

Результаты исследования должны быть представлены таким образом, чтобы они не могли скомпрометировать Клиента, Психолога или психологическую науку.

Психодиагностические данные студентов, полученные при их обучении, должны рассматриваться конфиденциально. Сведения о Клиентах также должны рассматриваться конфиденциально.

Демонстрируя конкретные случаи своей работы, Психолог должен обеспечить защиту достоинства и благополучия Клиента.

Психолог не должен отыскивать о Клиенте информацию, которая выходит за рамки профессиональных задач Психолога.

Клиент имеет право на консультацию Психолога или работу с ним без присутствия третьих лиц.

Неконтролируемое хранение данных, полученных при исследованиях, может нанести вред Клиенту, Психологу и обществу в целом. Порядок обращения с полученными в исследованиях данными и порядок их хранения должны быть жестко регламентированы;

– *осведомленность и добровольное согласие Клиента.*

Клиент должен быть извещен о цели работы, о применяемых методах и способах использования полученной информации. Работа с Клиентом допускается только после того, как Клиент дал информированное согласие в ней участвовать. В случае, если Клиент не в состоянии сам принимать решение о своем участии в работе, такое решение должно быть принято его законными представителями.

Психолог должен сообщать Клиенту обо всех основных шагах или лечебных действиях. В случае стационарного лечения Психолог должен информировать Клиента о возможных рисках и об альтернативных методах лечения, включая непсихологические.

Видео- или аудиозаписи консультации или лечения Психолог может делать только после того, как получит согласие на это со стороны Клиента. Это положение распространяется и на телефонные переговоры. Ознакомление третьих лиц с видео-, аудиозаписями консультации и телефонными переговорами Психолог может разрешить только после получения согласия на это со стороны Клиента.

Участие в психологических экспериментах и исследованиях должно быть добровольным. Клиент должен быть проинформирован в понятной для него форме о целях, особенностях исследования и возможном риске, дискомфорте или нежелательных последствиях, чтобы он мог самостоятельно принять решение о сотрудничестве с Психологом. Психолог обязан предварительно удостовериться в том, что достоинство и личность Клиента не страдают. Психолог должен принять все необходимые предосторожности для обеспечения безопасности и благополучия Клиента и сведения к минимуму возможности непредвиденного риска.

В тех случаях, когда предварительное исчерпывающее раскрытие информации противоречит задачам проводимого исследования, Психолог должен принять специальные меры предосторожности для обеспечения благополучия испытуемых. В тех случаях, когда это возможно, и при условии, что сообщаемая информация не нанесет вреда Клиенту, все разъяснения должны быть сделаны после окончания эксперимента;

– *самоопределение Клиента.*

Психолог признает право Клиента на сохранение максимальной автономии и самоопределения, включая общее право вступать в профессиональные отношения с Психологом и прекращать их.

Клиентом может быть любой человек в случае своей несомненной дееспособности по возрасту, состоянию здоровья, умственному развитию, физической независимости. В случае недостаточной дееспособности человека решение о его сотрудни-

честве с Психологом принимает лицо, представляющее интересы этого человека по закону.

Психолог не должен препятствовать желанию Клиента привлечь для консультации другого психолога (в тех случаях, когда к этому нет юридических противопоказаний).

Принцип компетентности

Психолог должен стремиться обеспечивать и поддерживать высокий уровень компетентности в своей работе, а также признавать границы своей компетентности и своего опыта. Психолог должен предоставлять только те услуги и использовать только те методы, которым обучался и в которых имеет опыт.

Принцип компетентности включает:

– *знание профессиональной этики.*

Психолог должен обладать исчерпывающими знаниями в области профессиональной этики и обязан знать положения настоящего Этического кодекса. В своей работе Психолог должен руководствоваться этическими принципами.

Если персонал или студенты выступают в качестве экспериментаторов в проведении психодиагностических процедур, Психолог должен обеспечить, независимо от их собственной ответственности, соответствие совершаемых ими действий профессиональным требованиям.

Психолог несет ответственность за соответствие профессионального уровня персонала, которым он руководит, требованиям выполняемой работы и настоящего Этического кодекса.

В своих рабочих контактах с представителями других профессий Психолог должен проявлять лояльность, терпимость и готовность помочь;

– *ограничения профессиональной компетентности.*

Психолог обязан осуществлять практическую деятельность в рамках собственной компетентности, основанной на полученном образовании и опыте.

Только Психолог осуществляет непосредственную (анкетирование, интервьюирование, тестирование, электрофизиологическое исследование, психотерапия, тренинг и др.) или опосредованную (биографический метод, метод наблюдения, изучение продуктов деятельности Клиента и др.) работу с Клиентом.

Психолог должен владеть методами психодиагностической беседы, наблюдения, психолого-педагогического воздействия на уровне, достаточном, чтобы поддерживать у Клиента чувство симпатии, доверия и удовлетворения от общения с Психологом.

Если Клиент болен, то работа с ним допустима только с разрешения врача или согласия других лиц, представляющих интересы Клиента;

– *ограничения применяемых средств.*

Психолог может применять методики, которые адекватны целям проводимого исследования, возрасту, полу, образованию, состоянию Клиента, условиям эксперимента. Психодиагностические методики, кроме этого, обязательно должны быть стандартизованными, нормализованными, надежными, валидными и адаптированными к контингенту испытуемых.

Психолог должен применять методы обработки и интерпретации данных, получившие научное признание. Выбор методов не должен определяться научными пристрастиями Психолога, его общественными увлечениями, личными симпатиями к Клиентам определенного типа, социального положения или профессиональной деятельности.

Психологу запрещается представлять в результатах исследования намеренно искаженные первичные данные, заведомо ложную и некорректную информацию. В случае обнаружения Психологом существенной ошибки в своем исследовании после того, как исследование было опубликовано, он должен предпринять все возможные действия по исправлению ошибки и дальнейшему опубликованию исправлений;

– *профессиональное развитие.*

Психолог должен постоянно повышать уровень своей профессиональной компетентности и свою осведомленность в области этики психологической работы (исследования);

– *невозможность профессиональной деятельности в определенных условиях.*

Если какие-либо обстоятельства вынуждают Психолога преждевременно прекратить работу с Клиентом и это может отрицательно сказаться на состоянии Клиента, Психолог должен обеспечить продолжение работы с Клиентом.

Психолог не должен выполнять свою профессиональную деятельность в случае, когда его способности или суждения находятся под неблагоприятным воздействием.

Принцип ответственности

Психолог должен помнить о своих профессиональных и научных обязательствах перед своими клиентами, перед профессиональным сообществом и обществом в целом. Психолог должен стремиться избегать причинения вреда, должен нести ответственность за свои действия, а также гарантировать, насколько это возможно, что его услуги не являются злоупотреблением.

Принцип ответственности включает:

– *основная ответственность.*

Решение Психолога осуществить исследовательский проект или вмешательство предполагает его ответственность за возможные научные и социальные последствия, включая воздействие на лиц, группы и организации, участвующие в исследовании или вмешательстве, а также непрямой эффект, как, например, влияние научной психологии на общественное мнение и на развитие представлений о социальных ценностях.

Психолог должен осознавать специфику взаимодействия с Клиентом и вытекающую из этого ответственность. Ответственность особенно велика в случае, если в качестве испытуемых или клиентов выступают лица, страдающие от медикаментозной зависимости, или лица, ограниченные в своих действиях, а также, если программа исследования или вмешательства целенаправленно ограничивает дееспособность Клиента.

Если Психолог приходит к заключению, что его действия не приведут к улучшению состояния Клиента или представляют риск для Клиента, он должен прекратить вмешательство;

– *ненанесение вреда.*

Психолог применяет только такие методики исследования или вмешательства, которые не являются опасными для здоровья, состояния Клиента, не представляют Клиента в результатах исследования в ложном, искаженном свете, и не дают сведений о тех психологических свойствах и особенностях Клиента, кото-

рые не имеют отношения к конкретным и согласованным задачам психологического исследования;

– *решение этических дилемм.*

Психолог должен осознавать возможность возникновения этических дилемм и нести свою персональную ответственность за их решение. Психологи консультируются по этим вопросам со своими коллегами и другими значимыми лицами, а также информируют их о принципах, отраженных в Этическом кодексе.

В случае, если у Психолога в связи с его работой возникли вопросы этического характера, он должен обратиться в Этический комитет Российского психологического общества за консультацией.

Принцип честности

Психолог должен стремиться содействовать открытости науки, обучения и практики в психологии. В этой деятельности психолог должен быть честным, справедливым и уважающим своих коллег. Психологу надлежит четко представлять свои профессиональные задачи и соответствующие этим задачам функции.

Принцип честности включает:

– *осознание границ личных и профессиональных возможностей.*

Психолог должен осознавать ограниченность как своих возможностей, так и возможностей своей профессии. Это условие установления диалога между профессионалами различных специальностей;

– *честность.*

Психолог и Клиент (или сторона, инициирующая и оплачивающая психологические услуги для Клиента) до заключения соглашения оговаривают вопросы вознаграждения и иные существенные условия работы, такие как распределение прав и обязанностей между Психологом и Клиентом (или стороной, оплачивающей психологические услуги) или процедура хранения и применения результатов исследования.

Психолог должен известить Клиента или работодателя о том, что его деятельность в первую очередь подчиняется профессиональным, а не коммерческим принципам.

При приеме на работу Психолог должен поставить своего работодателя в известность о следующем:

- в пределах своей компетенции он будет действовать независимо;
- он обязан соблюдать принцип конфиденциальности: этого требует закон;
- профессиональное руководство его работой может осуществлять только психолог;
- для него невозможно выполнение непрофессиональных требований или требований, нарушающих данный Этический кодекс.

При приеме Психолога на работу работодатель должен получить текст данного Этического кодекса.

Публичное распространение сведений об оказываемых Психологом услугах служит целям принятия потенциальными Клиентами информированного решения о вступлении в профессиональные отношения с Психологом. Подобная реклама приемлема только в том случае, если она не содержит ложных или искаженных сведений, отражает объективную информацию о предоставляемых услугах и отвечает правилам приличия.

Психологу запрещается организовывать рекламу себе или какому-либо определенному методу вмешательства или лечения. Реклама в целях конкуренции ни при каких условиях не должна обманывать потенциального Клиента. Психолог не должен преувеличивать эффективность своих услуг, делать заявлений о превосходстве своих профессиональных навыков и применяемых методик, а также давать гарантии результативности оказываемых услуг.

Психологу не разрешается предлагать скидку или вознаграждение за направление к ним Клиента или заключать соглашения с третьими лицами с этой целью;

- *прямота и открытость.*

Психолог должен нести ответственность за предоставляемую им информацию и избегать ее искажения в исследовательской и практической работе.

Психолог формулирует результаты исследования в терминах и понятиях, принятых в психологической науке, подтверждая свои выводы предъявлением первичных материалов исследования, их математико-статистической обработкой и положительным заключением компетентных коллег. При решении любых психологических задач проводится исследование, всегда опирающееся на предварительный анализ литературных данных по поставленному вопросу.

В случае возникновения искажения информации психолог должен проинформировать об этом участников взаимодействия и заново установить степень доверия;

– *избегание конфликта интересов.*

Психолог должен осознавать проблемы, которые могут возникнуть в результате двойственных отношений. Психолог должен стараться избегать отношений, которые приводят к конфликтам интересов или эксплуатации отношений с Клиентом в личных интересах.

Психолог не должен использовать профессиональные отношения в личных, религиозных, политических или идеологических интересах.

Психолог должен осознавать, что конфликт интересов может возникнуть после формального прекращения отношений Психолога с Клиентом. Психолог в этом случае также несет профессиональную ответственность.

Психолог не должен вступать в какие бы то ни было личные отношения со своими Клиентами;

– *ответственность и открытость перед профессиональным сообществом.*

Результаты психологических исследований должны быть доступны для научной общественности. Возможность неверной интерпретации должна быть предупреждена корректным, полным и недвусмысленным изложением. Данные об участниках эксперимента должны быть анонимными. Дискуссии и критика

в научных кругах служат развитию науки и им не следует препятствовать.

Психолог обязан уважать своих коллег и не должен необъективно критиковать их профессиональные действия.

Психолог не должен своими действиями способствовать вытеснению коллеги из его сферы деятельности или лишению его работы.

Если Психолог считает, что его коллега действует непрофессионально, он должен указать ему на это конфиденциально.

Нарушение Этического кодекса психолога

Нарушение Этического кодекса психолога включает в себя игнорирование изложенных в нем положений, неверное их толкование или намеренное нарушение. Нарушение Этического кодекса может стать предметом жалобы.

Жалоба на нарушение Этического кодекса психолога может быть подана в Этический комитет Российского психологического общества в письменном виде любым физическим и юридическим лицом. Рассмотрение жалоб и вынесение решений по ним осуществляется в установленном порядке Этическим комитетом Российского психологического общества.

В качестве санкций, применяемых к Психологу, нарушившему Этический кодекс, могут выступать: предупреждение от имени Российского психологического общества (общественное порицание), приостановление членства в Российском психологическом обществе, сопровождающееся широким информированием общественности и потенциальных клиентов об исключении данного специалиста из действующего реестра психологов РПО. Информация о применяемых санкциях является общедоступной и передается в профессиональные психологические ассоциации других стран.

В случае серьезных нарушений Этического кодекса Российское психологическое общество может ходатайствовать о привлечении Психолога к суду.

Настоящий Этический кодекс психолога принят 14 февраля 2012 года V съездом Российского психологического общества.

КЛЯТВА РОССИЙСКОГО ПСИХОЛОГА

Получая высокое звание российского психолога и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- честно исполнять свой профессиональный долг, соблюдая этические принципы работы российского психолога;
- посвятить свои знания и умения сохранению и укреплению психологического здоровья и благополучия человека;
- быть всегда готовым оказать психологическую помощь;
- проявлять высочайшее уважение к жизни, правам, благополучию и достоинству человека;
- хранить благодарность и уважение к своим учителям;
- быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту;
- доброжелательно относиться к коллегам;
- обращаться к коллегам за помощью и советом, если этого требуют интересы людей, обратившихся ко мне за помощью;
- никогда не отказывать коллегам в помощи и совете;
- постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство;
- беречь и развивать славные и благородные традиции российской психологической науки.

Да буду я чист в своих делах и помыслах.

Если же я нарушу эту клятву, то пусть меня осудит психологическая корпорация по всей строгости закона и обычая.

Клятва торжественно приносится при вручении диплома о высшем психологическом образовании

ПРОЕКТ

**Резолюция V съезда Российского психологического общества
Направление "Психология здоровья и клиническая психология"**

1. Повышение статуса и влияния клинической (медицинской) психологии в современном обществе.

Клинические (медицинские) психологи, непосредственно участвуя в изменениях, происходящих в стране за последние годы, видят свою основную задачу в научном и практическом обеспечении решения актуальных проблем, встающих перед обществом.

Для решения этой задачи, по итогам дискуссий на секции, вносятся следующие предложения.

1.1. Создать секцию РПО "Психология здоровья и клиническая психология", одной из задач которой станет организация процесса реализации решений, закрепленных в резолюции секции в период между съездами РПО. Для координации этого процесса создать при секции инициативную группу, объединенную во Временный научно-исследовательский коллектив (ВНИК секции), одновременно учредив должность председателя ВНИК и его заместителей по основным направлениям работы.

1.2. Признать проблему здоровья личности, нации приоритетной для научных исследований, финансирования (адресных грантов по теме), широкого обсуждения в рамках научных конференций, грантов и исследовательских проектов. В связи с этим закрепить за создаваемой секцией РПО "Психология здоровья и клиническая психология" (ВНИК-секцией) функцию анализа вновь вводимых законодательных документов с точки зрения их влияния на психическое здоровье населения.

1.3. Уделить особое внимание более активному включению клинических психологов в решение следующих наиболее приоритетных для здоровья населения России проблем:

- распространение и поддержание установок на здоровый образ жизни;
- повышение коммуникативных компетенций специалистов, работающих в сфере здравоохранения и образования;
- профилактика и коррекция разных форм зависимого поведения (от алкоголя, от ПАВ и др.);

- профилактика и лечение депрессивных и тревожных расстройств и тесно связанного с ними суицидального поведения;
- повышение качества и доступности психологической помощи российским семьям, профилактика социального сиротства, развитие службы семейного жизнеустройства детей-сирот и профессионального сопровождения приемных семей;
- совершенствование организационных и научных основ психотерапевтической помощи, психологического консультирования и реабилитации как важнейших звеньев в системах здравоохранения и образования.

1.4. Шире использовать возможности совместного участия клинических (медицинских) психологов и врачей в обсуждении и решении актуальных проблем общественного здоровья.

1.5. Продолжить работу над интеграцией отечественных и зарубежных достижений клинической (медицинской) психологии с целью их внедрения в практику сфер здравоохранения, образования и социальной работы.

1.6. Определить электронное печатное издание (ЭПИ) "Медицинская психология в России" как общественный орган создающейся секции. Ходатайствовать перед ВАК РФ о включении данного профильного издания (при выполнении редакцией всех необходимых требований) в список изданий ВАК, рекомендованных для публикации результатов научных исследований.

1.7. Опубликовать резолюцию в центральных периодических психологических изданиях.

2. Расширение списка задач, решаемых клиническими (медицинскими) психологами в системах здравоохранения, образования и социальной защиты.

Будучи непосредственно включенными в повседневную работу системы здравоохранения РФ, клинические психологи видят себя частью этой системы, участвующей в решении задач достижения качества медицинских услуг и обеспечения их разнообразия. Внедрение программ психопрофилактики и своевременное выявление групп риска среди детей и молодежи делает также необходимым более широкое применение клинической психологии в системе образования и социальной защиты.

Для решения этих задач по итогам дискуссий на секции признано необходимым принять ряд организационных мер.

2.1. Разработать документы (нормативы, концепции, стандарты), обеспечивающие расширение участия клинических психологов в работе учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты:

- обеспечить активное участие клинических психологов в учреждениях психиатрического профиля не только на этапе диагностики, но и на этапах терапевтической работы, реабилитации;

- повысить роль психологов при оценке уровня психического развития ребенка и выставлении соответствующего психиатрического диагноза, для обеспечения контроля и верификации спорных диагнозов добиваться создания альтернативных комиссий (ПМПК) на базе ведущих профильных учреждений городов и регионов с участием клинических психологов;

- способствовать расширению списка задач, стоящих перед клиническим (медицинским) психологом в педиатрической клинике, женских консультациях, перинатальных центрах, обратиться в Минздравсоцразвития с предложением о включении в штатное расписание этих учреждений должностей медицинских психологов, в крупных учреждениях – с предложением об организации психологических служб;

- способствовать включению в документацию служб родовспоможения и женских консультаций заключения клинического (медицинского) психолога о наличии/отсутствии нерешенных психологических проблем у матери (с учетом крайней важности этой задачи для состояния психического и соматического здоровья матери, ребенка и семьи в целом, для сокращения числа отказов от детей);

- в связи с научно обоснованной необходимостью психологического сопровождения многих соматических больных обратиться в Минздравсоцразвития с предложением о введении в штатное расписание учреждений соматического профиля должностей клинических (медицинских) психологов и создании психологических лабораторий (служб) и психотерапевтических отделений с участием клинических психологов;

- способствовать становлению и развитию службы реабилитации в соматической, токсикологической, нейрохирургической клиниках с обязательным участием в работе клинических (медицинских) психологов;

- разработать концепцию профессиональной деятельности и функциональных обязанностей клинических (медицинских) психологов во вновь образованных в Российской Федерации центрах здоровья;

- максимально привлечь клинических (медицинских) психологов к программам диспансеризации населения (детей и взрослых).

2.2. Расширить роль клинической психологии в подготовке врачей, психологов других специальностей и социальных работников:

- разработать концепцию подготовки психологов, занимающихся консультированием в области клинической психологии, с целью защиты интересов потребителей психологической помощи;

- признать необходимым формирование навыков профессионального общения – одной из важнейших составляющих качества медицинских услуг и добиваться отработки этой компетенции при участии клинических психологов на всех этапах подготовки врачебных кадров;

- провести экспертную оценку программ преподавания клинической психологии для специалистов "помогающих профессий";

- совместно с Экспертным советом ВАК систематически проводить экспертизу адекватности использования врачами психодиагностических методик в диссертационных исследованиях.

2.3. Расширить участие клинических психологов в психологической службе учреждений образования:

- способствовать созданию служб психологического сопровождения студентов в вузах с участием клинических психологов с целью выявления и консультирования групп риска по психическому здоровью и суицидальному поведению, а также проведению психопрофилактических мероприятий;

– способствовать расширению участия клинических психологов в системе психологической службы в школе, психологической службы города и в системе ПМСЦ для выявления и консультирования групп риска по психическому здоровью и суицидальному поведению, а также проведению психопрофилактических мероприятий;

– в соответствии с данными многочисленных научных исследований, подтверждающих высокую степень травматизации и невротизации детей-сирот, способствовать превращению детских домов в реабилитационные учреждения с обязательным введением в штат этих учреждений ставок клинических психологов;

– в соответствии с данными многочисленных научных исследований, подтверждающих, что наилучшие условия для развития ребенка создаются в семье, способствовать развитию различных форм семейного жизнеустройства детей-сирот и служб их психологического сопровождения при активном участии в этих службах клинических психологов.

2.4. Внести в Минздравсоцразвития и Министерство образования предложения (нормативы, концепции, функционалы, стандарты) по оптимизации профессиональной деятельности клинических (медицинских) психологов:

– переработать нормативную базу работы клинических (медицинских) психологов с учетом новой профессиональной ситуации – массовой подготовки специалистов в вузах Минздравсоцразвития и Минобразования.

– обратиться в Минздравсоцразвития с предложением о создании аттестационных комиссий Федерального (при Минздравсоцразвития) и регионального уровней (на базе региональных департаментов здравоохранения и социального развития) для присвоения квалификационных категорий клиническим (медицинским) психологам; включить в эти комиссии клинических психологов. Привести в соответствие аттестационные категории и писать "клиническая (медицинская) психология";

– обратиться в Минздравсоцразвития с предложением о введении внештатной должности клинического (медицинского) психолога на федеральном и региональном уровнях;

– обратиться в Минздравсоцразвития с предложением о включении клинических (медицинских) психологов в состав комиссии по лицензированию психотерапевтических и психологических служб в системе здравоохранения и образования;

– обратиться в Минздравсоцразвития с ходатайством об увеличении заработной платы специалистам по клинической (медицинской) психологии до уровня оплаты врачей-психиатров;

3. Повышение качества работы и профессиональной подготовки клинических (медицинских) психологов.

Для решения задач достижения качества и разнообразия медицинских услуг и качественной профессиональной подготовки клинических (медицинских) психологов по итогам дискуссий в секции вносятся следующие предложения.

3.1. Систематически (не менее раза в год) проводить межвузовские методические совещания по преподаванию различных дисциплин, специальности и специализаций с целью коррекции ФГОС третьего поколения "Клиническая психология".

3.2. Разработать концепцию обучения психологов на постдипломном этапе подготовки в области клинической психологии с учетом стажа и профиля работы.

3.3. Обратиться в Минздравсоцразвития и Минобразования с просьбой о восстановлении возможности бесплатного повышения квалификации клинических психологов на базе ведущих научных институтов, располагающих крупными структурными клинико-психологическими подразделениями (лабораториями, отделами, секторами), классических и медицинских университетов.

3.4. Разработать систему мер, обеспечивающих необходимый уровень профессиональной квалификации специалистов, осуществляющих диагностическую работу в составе психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК):

– усовершенствовать программы вузовской подготовки студентов в области специальной (коррекционной) психологии и детской клинической психологии, уделяя равноценное внимание вопросам методологии психологического исследования "проблемного" ребенка и вопросам практической психодиагностики;

- разработать процедуру и содержание дополнительной постдипломной подготовки специалистов, включаемых в состав ПМПК;

- обеспечить возможность регулярного повышения квалификации и аттестации специалистов, работающих в ПМПК, на базе профильных кафедр и лабораторий вузов, ПМС-центров и иных структур, располагающих штатами специалистов высокой квалификации в области диагностики и коррекции нарушений психического развития у детей;

- признать этически и профессионально недопустимым ориентировку только на количественные данные при оценке уровня психического развития ребенка, разработать и внедрить обязательную стандартную процедуру диагностики психического развития, учитывающую обучаемость и зону ближайшего развития ребенка.

3.5. Улучшить методологическую подготовку и методическую оснащенность клинических психологов:

- приступить к созданию комплектов современных надежных, валидных психодиагностических методик для обеспечения эффективной практической работы специалистов в области клинической психологии, утвердить перечень адаптированных и стандартизированных методов;

- в связи с проблемой гипердиагностики умственной отсталости у детей-сирот, имеющей трагические последствия для судеб конкретных детей, уделить особое внимание методологическим и организационным вопросам диагностики психического развития детей, проблемам критериев умственной отсталости в современных классификациях психических расстройств;

- разработать стратегию обновления и проведения процедур валидации международно признанных методик, позволяющих давать количественную оценку низким и крайне низким показателям психического развития, включая когнитивную сферу;

- разработать комплект надежных психодиагностических методик для оценки психического статуса детей раннего возраста (от 0 до 3-4 лет);

- обратиться в Минздравсоцразвития с просьбой о восстановлении обязательной и своевременной рассылки методиче-

ских рекомендаций, разрабатываемых ведущими учреждениями РФ, в практические учреждения Минздравсоцразвития, а также на профильные факультеты и кафедры российских вузов, в этом же направлении шире использовать возможности профильного информационного портала Медицинская психология – www.medpsy.ru, организовав на нем закрытую подписку на новинки методической литературы "для служебного пользования";

– обосновать необходимость оборудования рабочих мест клинических психологов современными оргтехническими средствами, компьютерной техникой с возможностью использования Интернет-ресурса и компьютеризированных методик;

– обратиться в Минздравсоцразвития с предложением о создании на базе одного из ведущих НИИ комиссии по клинической психологии из представителей ведущих НИИ и вузов для разработки рекомендаций по развитию методической базы практической деятельности клинических психологов;

– организовать издание серии методических пособий по основным направлениям клинической психодиагностики;

– провести профессиональное обсуждение и выработать стандарты написания психологических заключений нового поколения.

Информация с сайтов: <http://ппо.рф/> и <http://www.medpsy.ru/>

**НОВЫЕ ДИССЕРТАЦИОННЫЕ РАБОТЫ
ПО ПРОБЛЕМАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ,
ВЫПОЛНЕННЫЕ В ЧУВАШИИ**

2011 год

Калинина Елена Валерьевна

Характеристика больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в Чувашской Республике (клинико-эпидемиологический и социально-демографический аспект): Дис. ... канд. мед. наук. Москва. Федеральное государственное учреждение "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Д 208.024.01). Специальность 14.01.06 – психиатрия. Науч. рук.: д-р мед. наук, проф. Н.К. Демчева; офиц. оппоненты: д-р мед. наук, проф. Б.А. Казаковцев, д-р мед. наук, проф. В.С. Ястребов; вед. учреждение: Учреждение Российской академии медицинских наук; Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения РАМН. Защита состоялась 25 января 2011 г.

Вербина Галина Георгиевна

Психолого-акмеологическая концепция развития профессионального здоровья специалиста: Дис. ... д-ра психол. наук. Москва. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина" (ДМ 212.261.09). Специальность 19.00.13 – психология развития, акмеология. Науч. консульт.: д-р психол. наук, проф. О.В. Москаленко; офиц. оппоненты: засл. деятель науки РФ, д-р психол. наук, проф. М.Ф. Секач, д-р психол. наук, проф. Е.А. Уваров, д-р психол. наук, проф. Т.Н. Горобец; вед. учреждение: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Костромской государственный университет имени Н.А. Некрасова". Защита состоялась 28 октября 2011 г.

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Васильева А.В., Бочаров В.В., Сарайкин Д.М. Мотивация и качество жизни при невротических и личностных расстройствах // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 8–24.

Объективные критерии здоровья часто культурально обусловлены, и их бывает недостаточно для понимания ценностного смысла болезни самим больным. Адаптация человека к условиям жизни и его оценка этих условий представляет собой постоянное мотивационное согласование со средой. В данной работе изучена предполагаемая нами связь характеристик мотивации и показателей качества жизни. Использовались методы ММИ и ВОЗ КЖ-100. Был проведен комплексный клинико-психологический и статистический анализ этой связи в группах невротических и личностных расстройств, приведены клинические примеры.

Ключевые слова: мотивация, качество жизни, ММИ, ВОЗ КЖ-100, невротические расстройства, личностные расстройства.

Лекомцев В.Т., Овчинникова Т.Ю., Волкова О.А., Сюрсин С.Я., Никитина Ю.С., Невоструева Е.О. Структурно-динамический анализ этиологических факторов при эпилепсии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 25–34.

Проведен анализ этиологических факторов у 508 больных эпилепсией. В 63 % случаев удалось установить единую причину, вызвавшую развитие эпилепсии, в 37 % случаях причиной развития эпилепсии были полиэтиологические факторы. В $\frac{2}{3}$ случаях основной причиной развития эпилепсии явились перенесенные в прошлом нейроинфекции при генерализованной форме эпилепсии. При височной форме эпилепсии в 80,6 % причиной развития эпилепсии явились черепно-мозговые травмы.

Ключевые слова: эпилепсия, нейроинфекция, черепно-мозговая травма.

Шемет В.А., Карпюк В.А. Особенности эмоционального интеллекта, качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 35–42.

Проведено исследование эмоционального интеллекта и показателей качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией. На выборке из 44 пациентов с различными формами шизофрении установлено снижение показателей эмоционального интеллекта в сравнении с контрольной группой здоровых испытуемых. Обсуждаются

особенности качества жизни и социального функционирования при выявленных показателях эмоционального интеллекта.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, качество жизни, социальное функционирование, шизофрения.

Шифнер Н.А., Бобров А.Е., Кулыгина М.А. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 43–61.

Обследовано 111 студентов в возрасте 16-23 лет с диагнозом расстройство адаптации (РА). Группа сравнения состояла из 60 здоровых студентов. С учетом клинических проявлений выделено пять основных групп РА – депрессивные, тревожные, тревожно-депрессивные, соматизированные и поведенческие реакции. Наряду с аффективными проявлениями у обследованных студентов значительно распространены соматизированные и поведенческие реакции. Несмотря на то что психопатологическая симптоматика при РА у студентов имеет незначительную степень выраженности, социальное функционирование при этом существенно нарушается. Катamnестическое наблюдение позволило выявить три варианта течения РА: благоприятное, неблагоприятное и протрагированное. Проведенное исследование показало необходимость более раннего выявления РА с целью их своевременной коррекции и улучшения прогноза.

Ключевые слова: студенты, расстройства адаптации, динамика, соматизированные реакции, тревожно-депрессивная симптоматика.

Калинина Е.В. Роль психотерапевтической службы в выявлении впервые возникших психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 62–70.

В статье показатели первичной заболеваемости анализировались с точки зрения выявляемости впервые возникших психических расстройств, регистрируемых психиатрами и психотерапевтами в отдельности. Такой подход показал несомненную роль психотерапевтов в выявлении непсихотических психических расстройств (невротических, расстройств эмоций и поведения в детском возрасте, нарушений психологического (психического) развития). При отсутствии психотерапевтической службы психиатрические кабинеты не могут компенсировать потребности населения в специализированной помощи.

Ключевые слова: психические расстройства, заболеваемость, психотерапевтическая служба, психотерапевт, Чувашская Республика.

Резвый Г., Сёрли Т. Структурированное диагностическое интервью для выявления психических расстройств врачами общей практики (на англ. языке) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 71–76.

Эффективным методом для выявления психических расстройств в первичной сети может стать структурированное диагностическое интервью по вопросам психических расстройств для врачей общей практики. Примером является "Структурированное психиатрическое интервью для общей врачебной практики" (SPIFA), которое разработано и рекомендовано к применению в Норвегии. После непродолжительного обучения работе с этим инструментом врачи общей практики получают эффективное средство для систематической оценки и надежной диагностики самых распространенных психических расстройств.

Ключевые слова: психические расстройства, врач общей практики, SPIFA, Норвегия.

Рутц В. Инновационные подходы к охране здоровья населения: в фокусе внимания – личность // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 77–87.

Психическое расстройство и нездоровье, понимаемые не только как индивидуальное состояние, но и как социальный феномен, имеют грани, связанные не только с экономической и психопатологической составляющими, но и с последствиями, влияющими на функционирование всего общества в целом. Сегодня встает задача выработки и внедрения программ охраны психического здоровья нового типа, которые позволили бы объединять интеллектуальные, профессиональные и политические ресурсы, направленные на реализацию принципов экологии психического здоровья человека через создание благоприятной окружающей социальной среды.

Ключевые слова: содействие здоровью, психическое здоровье, личностно-центрированная психиатрия, оценка воздействия на здоровье, инвестиции в здравоохранение, психическая среда, окружающая среда и здоровье, экология человека.

Голенков А.В., Сафронов С.А. Опрос родственников психически больных об электросудорожной терапии: осведомленность и оценки // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 88–92.

Родственники больных оказались самой неосведомленной группой населения в отношении электросудорожной терапии (ЭСТ), имеющей резко негативные оценки данного метода лечения. Веро-

ятными причинами этого являлись низкий уровень образования респондентов, преимущественное получение знаний об ЭСТ из средств массовой информации и фильмов, отсутствие опыта ее применения у больного родственника.

Ключевые слова: ЭСТ, отношение, родственники больных.

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Система многоуровневой адаптации личности при болезни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 93–104.

В статье рассматриваются многофакторные модели адаптивности личности в системе физического, аффективного, когнитивного, поведенческого, социального и духовного уровней на примере исследования 185 больных ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, пороками сердца.

Ключевые слова: адаптация, адаптивность, личность, болезнь, сердечно-сосудистые заболевания.

Петунова С.А., Николаев Е.Л. Оценка эмоционального благополучия безработных в процессе вторичной профессионализации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 105–109.

В работе представлены результаты сравнительного анализа психоэмоционального состояния 206 безработных и занятых граждан в связи с прохождением ими профессиональной переподготовки для работы по новой специальности – процессом вторичной профессионализации. Состояние безработных характеризуется большей тревожностью, фрустрированностью, неадекватно высокой самооценкой.

Ключевые слова: безработные, занятость, вторичная профессионализация, тревожность, фрустрированность, самооценка.

Чижова А.И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 110–122.

В статье рассматриваются особое значение личности пациента как в развитии заболевания, так и в его лечении. В исследовании автора выделяются эмоционально-личностные и когнитивные характеристики больных с соматоформными расстройствами, а также тип отношения к болезни как показатель, интегрирующий аффективный, поведенческий и когнитивный аспекты отношения к болезни. Подтверждаются данные научной литературы о наличии аффективных нарушений при соматоформных расстройствах. Выделены три группы характеристик

пациентов с соматоформными расстройствами: 1) особенности личности пациента, 2) соматическая и тревожно-депрессивная симптоматика, 3) дезадаптивные отношения в социальной сфере.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, отношение к болезни, соматизация, аффективный, поведенческий и когнитивный аспекты.

Чижова А.И. Особенности личности больных с соматоформными расстройствами // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 123–129.

В статье рассматривается вопрос о роли личности в формировании и развитии соматоформных расстройств. В описанном исследовании автора выявляются личностные характеристики пациентов с соматоформными расстройствами, которые соотносятся с данными научной литературы о специфичности нарушений. В связи с задачами психологической коррекции как в литературе, так и автором выделяются следующие факторы: 1) личностный (особенности личности пациента), 2) динамический (состояние до болезни и в её процессе), 3) социальный (формирование адаптивных отношений в социальной сфере).

Ключевые слова: система отношений, личностные характеристики, соматоформные расстройства, психологическая коррекция.

Евстигнеев А.И. Базисные понятия антропологических наук в целостном мировоззрении // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 130–136.

Представлен дискуссионный взгляд на науки о человеке с позиций православной духовности.

Ключевые слова: антропология, человек, здоровье, наука, православие.

Томасхофф Г.-О. Искусство и мозг (на англ. языке) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 137–146.

Освещены различные уровни влияния искусства на мозг, начиная с врожденных и, вероятно, генетически обусловленных особенностей, ведущих к проявлениям в искусстве, в том числе в культурной среде, влияний ранее усвоенного жизненного опыта. Искусство развивается на основе биологических мозговых процессов параллельно процессам, которые позволяют характеризовать человека как личность. Это взаимодействие между "сырой" биологической моделью и восприятием внешних стимулов, которое приводит к формированию психологической структуры. Это взаимодействие между отдельными психологическими структурами и культурными традициями, которые передаются обществом, в котором мы развиваемся.

Ключевые слова: искусство, мозговая структура и окружающая среда, пренатальный, врожденный, интерактивный.

Памяти Александра Борисовича Козлова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 147–148.

Содержится информация, посвященная памяти видного организатора психиатрической службы Чувашии А.Б. Козлова.

Ключевые слова: психиатрическая служба, психотерапия, Чувашия.

Николаев Е.Л., Голенков А.В. История и настоящее профессионального сообщества психиатров Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 149–151.

Представлена история профессионального сообщества психиатров Чувашии, насчитывающая уже столетия. Определены направления современной деятельности.

Ключевые слова: психиатрия, профессиональное сообщество, Чувашия.

Макарова М.Н. Полстолетия на службе психического здоровья Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 152–158.

Статья посвящена 50-летней истории Республиканской психиатрической больницы Чувашии, её достижениям и перспективам развития.

Ключевые слова: психиатрическая больница, диспансер, отделение, кафедра, Чувашская Республика.

Николаев Е.Л. Психотерапевтической службе Чувашии – четверть века // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 159–164.

В работе представлена история развития психотерапевтической службы Чувашии, в большей степени связанная с деятельностью Республиканского психотерапевтического центра.

Ключевые слова: психотерапевтическая служба, психотерапевтический центр, психотерапевт, Чувашия.

По итогам работы V съезда Российского психологического общества // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 165–184.

Представлен Этический кодекс психолога, клятва российского психолога, принятые V съездом Российского психологического общества, а также содержится текст резолюции направления "Психология здоровья и клиническая психология".

Ключевые слова: Российское психологическое общество, этический кодекс, клятва, клиническая психология, психология здоровья, резолюция.

Новые диссертационные работы по проблемам психического здоровья, выполненные в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 185.

Содержится информация о последних диссертационных исследованиях по медицинским и психологическим наукам ученых Чувашии, связанных с вопросами психического здоровья.

Ключевые слова: диссертация, медицинские науки, психологические науки, психическое здоровье, Чувашия.

ЏАК НОМЕР РЕФЕРАЧЁСЕМ

Васильева А.В., Бочаров В.В., Сарайкин Д.М. Невроз тата уйрӑм сын пӑсӑлӑвне сӑлтавланипе пурнӑҫ пахалӑхӗ // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2012. № 8. С. 8–24.**

Сывлӑхӑн объективлӑ критерийӑсем час-часах культурапа сыхӑнаҫҫӗ тата вӑсем сывмар сын хӑй чирӗн хаклӑх пӗлтерӗшне ӑнланса илнӗ ҫӗрте сителӗксӗр пулӑҫҫӗ. Пурнӑҫ условийӑсене хӑнӑхни, вӑл условисене хак пани – хупӑрласа тӑракан тавралӑхра пулса иртнине пӗрмаях сӑлтавласа унпа килӗше тӑни пулать. Ку ӗсре пурнӑҫӑн пахалӑх кӑтартавӑсемпе сӑлтавланин характеристикисем хушшинче пулма пултаракан ҫыхӑнава тишкернӗ. Тӗпчевре ММИ тата ВОЗ КЖ-100 меслетсене усӑ курнӑ. Нерва пӑсӑлавӑсемпе, харкам сын пӑсӑлавӑпе атракансене клиникапа психологи тата статистика мелӗпе пур енлӗн тӗпченӗ, клиника тӗслӗхӑсем илсе кӑтарта.

Тӗп сӑмахсем: сӑлтавлани, пурнӑҫ пахалӑхӗ, ММИ, ВОЗ КЖ-100, нерва пӑсӑлавӗ, харкам сын пӑсӑлавӑсем.

Лекомцев В.Т., Овчинникова Т.Ю., Волкова О.А., Сюрсин С.Я., Никитина Ю.С., Невоструева Е.О. Тытамакӑн сӑлтав факторӑсене тытӑм-аталану тӗлӗшӗнчен тишкерни // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2012. № 8. С. 25–34.**

Тытамакпа атракан 508 ҫынӑнне чир сӑлтавӗн факторӑсене тӗпченӗ. 63 % тӗслӗхре тытамак чирне пуҫарса яракан пӗр сӑлтав пуррине тупса палӑртнӑ, 37 % тӗслӗхре тытамак аталанса кайни нумай сӑлтавлӑ-логикалла факторсемпе ҫыхӑннӑ. $\frac{2}{3}$ тӗслӗхре ҫак чир

аталаннин тѣп сѧлтавѣ тытамакпа аптранѧ вѧхѧтрах нейроинфекци лексе чирлесе ирттернипе сѧхѧнни палѧрнѧ. Тѧнлав формиллѣ тытамак тѣсѣ 80,6 % пуѣ шѧммипе пуѣ мими аманнипе сѧхѧннѧ.

Тѣп сѧмахсем: тытамак, нейроинфекци, пуѣ шѧммипе пуѣ мими аманни.

Шемет В.А, Карпюк В.А. Туйѧмлѧ интеллект уйрѧмлѧхѣсем, шизофренипе чирлѣ пациентсен пурнѧѣ пахалѧхѣпе социаллѧ хутшѧнусем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чѧваш хыпарѣи]. 2012. № 8. С. 35–42.

Шизофренипе чирлѣ пациентсен туйѧмлѧ интеллектне, пурнѧѣ пахалѧхѣн кѧгартѧвѣсене тата вѣсен социаллѧ хутшѧнѧвѣсене тѣпченѣ. Тѣрлѣ формаллѧ шизофренипе аптракан 44 пациент хушшинче туйѧмлѧ интеллект кѧгартѧвѣ, тѣрѣслев витѣр тухакан сывѧ ушкѧнри сѧнсемпе танлаштарсан, чакни палѧрнѧ. Тупса палѧртнѧ туйѧмлѧ интеллект пур сѧнсен пурнѧѣ пахалѧхѣпе социаллѧ хутшѧнѧвѣсен уйрѧмлѧхѣсене сѣтсе явнѧ.

Тѣп сѧмахсем: туйѧмлѧ интеллект, пурнѧѣ пахалѧхѣ, социаллѧ хутшѧнусем.

Шифнер Н.А., Бобров А.Е., Кулыгина М.А. Студентсен адаптаци пѧсѧлѧвѣсен клиника уйрѧмлѧхѣсемпе динамика варианчѣсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чѧваш хыпарѣи]. 2012. № 8. С. 43–61.

Адаптаци пѧсѧлѧвѣпе аптракан 16-23 сѣлсенчи 111 студента тѣрѣсленѣ. Вѣсемпе танлаштармалѧх тепѣр ушкѧн – 60 сывѧ студента – илнѣ. Клиника палѧрѧмѣсене шута илсе адаптаци пѧсѧлѧвѣпе чирлекен пилѣк тѣп ушкѧн уйрнѧ: депрессивлисем, канѧѣсѧррисем, канѧѣсѧр-депрессивлисем, соматика тата тыткаларѧш реакциллисем. Аффект палѧрѧмѣсемсѣр пуѣне тѣрѣслев ушкѧнри студентсен соматика тата тыткаларѧш реакциѣсем анлѧ сарѧлни курѧннѧ. Адаптаци пѧсѧлѧвѣ пур чухне студентсен психопатологи симптомѣсем шутсѧрах палѧрмаѣѣ пулин те, сѧпах социаллѧ хутшѧнусенче вѣсем вѧйлах чѧрмав кѣреѣѣ. Катамнез сѧнавѣ адаптаци пѧсѧлѧвѣ аталаннин виѣѣ тѣсне тупса палѧртма пулѧшнѧ: ѧнѧѣслѧ, ѧнѧѣслах мар, питѣ ѧнѧѣсѧр. Туса ирттернѣ тѣпчев адаптаци пѧсѧлѧвне ирттерех тупса палѧртмаллине кѧгартнѧ – ку вал чир шала каясран хѧтарать, вѧхѧтра кирлѣ пек сиплеме май парать.

Тѣп сѧмахсем: студентсем, адаптаци пѧсѧлѧвѣсем, динамика, соматика реакциѣсем, канѧѣсѧр-депрессивлѧ симптом.

Калинина Е.В. Психотерапин тин аталанма пусланă психика пăсăлăвĕсене тупса палăртас ёсри вырăнĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2012. № 8. С. 62–70.

Çак статьяра перремĕшле чирлессин кăтартăвĕсене тин кăна аталанма пусланă психика пăсăлăвĕсене шыраса тупни телĕшĕнчен тепченĕ. Психиатрсемпе психотерапевтсем вăл чир пуçламăшĕсене кашни хай уйрăм регистрацилесĕ. Хăш-пĕр чир палăрамĕсем психика чирĕн пуçламăшĕ пулма пултарасĕ, анчах малтанхи тапхăрта вĕсен палăрамĕсене уйăрса илме хĕн. Тепчев психотерапевтсен пелтерĕшĕпе вырăнĕ çавнашкал чирсене (невроз, ачасен туйăмпа тыткаларăш пăсăлăвĕ, психика кирлĕ пекех аталанманни) тупса палăртнă çĕрте питĕ пысăк пулнине кăтартса панă. Психотерапи хуралĕ пулман пулсан психотерапевт пўлемĕсем халăха ятарлă пулăшу парас ыйтăва туллин те кирлĕ пек татса парайман пулнă пулĕчĕ.

Тĕп сăмахсем: психика пăсăлăвĕсем, чирлесси, психотерапи хуралĕ, психотерапевт, Чăваш ен.

Резвий Г., Сёрли Т. Пĕтĕмĕшле практика тухтăрĕсен психика пăсăлăвĕсене тупса палăртмалли структурăланă диагностика интрьювĕ (акăлчанла) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2012. № 8. С. 71–76.

Психика пăсăлăвĕсене пĕрремĕш тапхăрта тупса палăртнă çĕрте структурăланă диагноз интервьювĕ питĕ тухăçлă. Тĕслĕх вырăнне "Пĕтĕмĕшле сыватмăш практики валли хатĕрленĕ структурăланă психиатри интервьювĕ" (SPIFA) текен инструмент пулса тăрат – âна Норвегире шутласа кăларнă, усă курма сĕннĕ. Çак инструмента алла илме кăштах вĕреннĕ хыççăн пĕтĕмĕшле практика тухтăрĕсем тĕрлĕ психика пăсăлăвĕсемпе тĕрĕс диагноз лартма тата тăтăшах кирлĕ пек как пама пултарасĕ. Çак телĕшрен ку хатĕр питĕ эффективлă.

Тĕп сăмахсем: психика пăсăлăвĕсем, пĕтĕмĕшле практика тухтăрĕ, SPIFA, Норвеги.

Рутц В. Халăх сывлăхне хураллас ёсри çĕнĕ утăмсем: тĕп вырăнта харкам сын // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2012. № 8. С. 77–87.

Психика пăсăлăвĕпе сывмарлăх харкам сын тăрăмĕ анчах мар, вăл социаллă феномен та. Вăл экономикапа тата псиопатологипе кăна чикĕленмест, çак тăрăм пĕтĕмĕшле общество пурнăçĕпе тачă сыханать.

Паянхи кун психика сывлӑхне сыхлас тӗлӗшӗнчен ҫӗнӗ программӑсем шугласа кӑларса вӗсене пурнӑҫа кӗртес задача тухса тӑрать. Ҫак программӑсем юрӑхлӑ пурнӑҫ хутлӑхне йӗркелесе этемӗн психика сывлӑхӗн экологи принципӗсене чӗртсе аталантарасси ҫине пусӑм тӑвакан – интеллектуалла, профессилле, политикалла – ресурсене пӗрлештерме май парӗччӗ.

Тӗп сӑмахсем: сывлӑха ҫирӗплетме пулӑшни, психика сывлӑхӗ, харкам ҫын психиатрийӗ, сывлӑх ҫине витӗм кӗнине хаклани, сывлӑх хуралне инвестицилени, психика хутлӑхӗ, хупӑрласа тӑракан хутлӑх тата сывлӑх, этем экологийӗ.

Голенков А.В., Сафронов С.А. Психика чирӗпе чирлекен тӑванӗсенчен электротуртӑмлӑ терапи пирки ыйтса пӗлни: мӗнле терапи пулнине ӑнланни тата ӑна хак пани // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ҫӑваш хыпарҫи]. 2012. № 8. С. 88–92.

Чирлӗ ҫынсен тӑванӗсем электротуртӑмлӑ терапи пирки сахал пӗлекен ушкӑна кӗресчӗ, сыватмалли ку меслете ҫав тери йышӑнмаҫчӗ вӗсем. Ҫакӑн сӑлтавӗ: респондентсен пӗлӗ шайӗ пӗчӗк пулни, электротуртӑмлӑ терапи пирки ытларах массӑллӑ информаци хатӗрӗсемпе фильмсенчен пӗлӗ илни, чирлӗ ҫын тӑванӗсен вӑл терапие усӑ курнӑ опычӗ ҫукки.

Тӗп сӑмахсем: электротуртӑмлӑ терапи, йышӑнни, чирлисен тӑванӗсем.

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Харкам ҫыннӑн чирленӗ чухнехи темиҫе шайлӑ адаптаци системи // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ҫӑваш хыпарҫи]. 2012. № 8. С. 93–104.

Ишеми чирӗпе чирлекен, пысӑк юн пусӑмлӑ, чӗрере кӑлтӑк пур 185 ҫынна тӗрӗсленӗ. Статъяра ҫыннӑн нумай факторлӑ адаптаци моделӗсене физикалла, аффект, когнитив, тыткаларӑш, социалла тата чун-чӗм шайӗсенче пӑхса тухнӑ.

Тӗп сӑмахсем: адаптаци, адаптацилӗх, харкам ҫын, чир, чӗрепе юн тымарӗн чирӗсем.

Петунова С.А., Николаев Е.Л. Иккӗмӗшле профессии илнӗ вӑхӑтра ӗсӗр ларакансен кӑмӑл-туйӑмне хак пани // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ҫӑваш хыпарҫи]. 2012. № 8. С. 105–109.

206 ёсёр ларакан сынна тата сёне профессии алла илме тәрәшакансене пёр-пёринпе танлаштарса вёсен психика кәмәл-туйәмне тишкернё, тёпчев результатёсене сак статьяра кәтартса панә. Ёсёр ларакансем шутсёр канәсёр пулнине, паләртнә тёллевсене пурнәслайманран пәшәрханнипе тата хәйсене хәйсем сәлтавсёр пысак хак панипе уйрәлса тәрассё.

Тёп сәмахсем: ёсёрлөх, ёслени, иккёмөшле профессии алла илни, канәсёрләх, паләртнә тёллевсене пурнәслайманран пәшәрханни, хәйне хәй хак пани.

Чижова А.И. Соматоформәллә пәсәлусемпе чирлекенсен клиникәпа психологи аспекчёсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чәваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 110–122.

Соматоформәллә пәсәлусем пулса тата аталанса кайнә сёрте харкам сыннан ыранёпе пёлтерёшне тишкернё ку статьяра. Асәннә тёпчевре соматоформәллә пәсәлусемпе чирлекен пациентсен туйәм-харкам сын тата когнитив характеристикисене уйәрнә. Савән пекех сывмар сын чире епле йышәннине те паләртнә – сакә вәл чире хакланә чух аффект, тыткаларәш тата когнитив аспекчёсем пёрлешни пирки калать. Әсләләх литературинче сырнә даннәйсем пекех, соматоформәллә пәсәлусем аталаннә чухне аффектла улшәнусем пурри сирёпленет. Соматоформәллә пәсәлусемпе чирлекен пациентсен висё тёрлө характеристика пур: 1) пациентән харкам сын уйрәмләхёсем, 2) соматикәлла тата канәсёр-депрессивлә симптоматика, 3) социаллә сферәра адаптациленейменни.

Тёп сәмахсем: соматоформәллә пәсәлусем, чире епле йышәнни, соматизаци, аффектла, тыткаларәш тата когнитив аспекчёсем.

Чижова А.И. Соматоформәллә пәсәлусемпе чирлекенсен характер уйрәмләхёсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чәваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 123–129.

Соматоформәллә пәсәлусем пулса тата аталанса кайнә сёрте харкам сын ыранёпе пёлтерёшне тишкернё ку статьяра. Асәннә тёпчевре соматоформәллә пәсәлусемпе чирлекен пациентсен характер уйрәмләхёсене тупса паләртнә – вёсем әсләләх литературинче пәсәлусен хәйне евёрлөхё синчен калакан даннәйсемпе тёр килессё. Психологи тёрлетёвөн тёллевёсене кура литературәра висё фактор уйәрассё, статья авторё те сәплах уйәрать: 1) харкам сын (харкам сын уйрәмләхёсем), 2) динамика (чирлечченхи тата чирленё хысқанхи тәрәм), 3) социаллә (социаллә хутләхра адаптациллө хутшәнусем никёсленни).

Тёп сáмахсем: хутшáнусен системи, харкам сын характеристики, соматоформáллá пáсáлусем, психологи тýрлетёвё.

Евстигнеев А.И. Антропологи áслáлáхёсенчи тёп áнлавсене пётёмёшле тёнче курáмра сýтатни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 130–136.

Этем синчен вёрентекен áслáлáхсем пирки тавлашуллá куспа пáхнине православи тёнё тёлёшёнчен кáртатнá.

Тёп сáмахсем: антропологи, этем, сывлáх, áслáлáх, православи.

Томасхофф Г.-О. Ёнерпе пуç мими (акáлчанла) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 137–146.

Ёнер пуç мимине тёрлё шайра витём кýнине сýтатса панá: сыннáн ёнерте, сáв шутра культура хутлáхёнче палáракан пултарулáхё сýралнá чухнех, ген шайёнче, куçма пултарнинчен пуçласа пурнáç тáршшёпе пухнá опыт та пысáк витём кýни таранах пáхса тухнá. Ёнер пуç миминче пулса иртекен биологи процессёсем синче никёсленсе аталанать. Сáв аталану этеме харкам сын пек хаклама май паракан процессемпе сума сум пынá чухне тухáслá пулса пырать. Сакá вáл "чёрё" биологи моделёпе тулашри стимулсене йышáннин хутшáнáвё, вáл психологи структурине никёслесси патне илсе пырать. Сакá вáл тата уйрáм психологи структурипе авалтан несёлсенчен куçса пыракан культура традицийёсем хушшинчи тачá сыхáну та.

Тёп сáмахсем: ёнер, пуç мими структурипе тавралáхри хутлáх, пренаталлá, сýралсанах палáракан уйрáмлáхсем, интерактивлá.

Александр Борисович Козлова асáнса // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 147–148.

Ку статьяра Чáваш енён психиатри хуралне йёркелесе яракана, А.Б. Козлова, асáнса сырнá информация пур.

Тёп сáмахсем: психиатри хуралё, психотерапи, Чáваш ен.

Николаев Е.Л., Голенков А.В. Чáваш енри психиатрсен профессиллё пёрлешёвён историйё тата унáн хальхи ёсё-хёлё // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 149–151.

Чáваш енри психиатрсен профессиллёлё пёрлешёвён сýр ёмёр историне сýтатса панá. Психиатрсен хальхи ёсё-хёлён туртáмёсене палáртнá.

Тёп сáмахсем: психиатри, професильлĕ пĕрлешű, Чăваш ен.

Макарова М.Н. Ğур ёмĕр Чăваш енĕн психика сывлăхĕсен хуралĕнче // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 152–158.

Статьяра Чăваш енри Республика психиатри сыватмăшĕн 50 ğулхи историне халалланă: ğур ёмĕр хушшинче тунă ğитĕнĕвĕсем пирки каласа панă тата малаш аталанăвне палăртнă.

Тёп сáмахсем: психиатри сыватмăшĕ, диспансер, отделени, кафедра, Чăваш Республики.

Николаев Е.Л. Чăваш енĕн психотерапи ёĝ хуралĕ – чĕрĕк ёмĕрте // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 159–164.

Статьяра Чăваш енри психотерапи ёĝ хуралĕн аталану ğул-йĕрне сáнласа панă. Кунта сáмах ытларах Республика психотерапи центрĕ пирки пырать.

Тёп сáмахсем: психотерапи хуралĕ, психотерапи центрĕ, психотерапевт, Чăваш ен.

Раĝсей психологи пĕрлешĕвĕ V ğъездра туса иттернĕ ёĝ пĕтĕмлетĕвĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 165–184.

Ку статьяра Раĝсей психологи пĕрлешĕвĕн V ğъезченче йышáннă "Психологáн этика кодексне" тата "Раĝсей психологĕн тула сáмахне" туллин кáтартнă. Ğавáн пекех кунта "Сывлăх психологийĕпе клиника психологийĕ" ятлă направленин резолюци текстĕ те пур.

Тёп сáмахсем: Раĝсей психологи обществи, этика кодексĕ, тула, клиника психологийĕ, сывлăх психологийĕ, резолюци.

Психика сывлăхĕн ыйтáвĕсене хускатса ğырнă Чăваш енри ğĕнĕ диссертаци ёĝсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2012. № 8. С. 185.

Чăваш енри тĕпчевĕсем юлашки ğулсенче психика сывлăхĕн ыйтáвĕсене хускатса ğĕнĕрен те ğĕнĕ тĕпчев ёĝсем ğырнă. Ку статьяра медицина тата психологи áслáлăхĕсемпе ğыхáннă диссертацисем пирки информаци панă.

Тёп сáмахсем: диссертаци, медицина áслáлăхĕ, психологи áслáлăхĕсем, психика сывлăхĕ, Чăваш ен.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Vasilieva A.V., Saraykin D.M., Bocharov V.V. Motivation and quality of life in neurotic and personality disorders patients // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 8–24.

Objective health criteria are often culturally conditioned, and they are not sufficient to understand the value meaning of illness by the patient himself. Adaptation of a man to life conditions and his estimation of these conditions is a constant motivational coordinating with environment. Changing of correlations between life conditions and personality resources is able to produce suspense in personality-motivational system which can display itself as a symptom, changing in its turn, and apprehension of environment. This work is a research of surmised proposed relationship between motivation characteristics and indicators of quality of life. The MMI and WHOQL-100 methods were used. Complex clinical-psychological and statistical analysis of this relationship was made in the groups of neurotic and personality disorders; clinical cases are given.

Keywords: motivation, quality of life, MMI, WHOQL-100, neurotic disorders, personality disorders.

Lekomtzev V.T., Ovchinnikova T.Yu., Volkova O.A., Syusrin S.Ya., Nikitina Yu.S, Nevostrueva E.O. Etiological factors of epilepsy: structural-dinamic analysis // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 25–34.

The analysis of etiological factors in 508 patients with epilepsy was conducted. It was possible to establish a single root cause of epilepsy in 63 % of cases, while polyethiological factors caused epilepsy in 37 % of cases. Past neuroinfections were the major cause of generalized epilepsy in two thirds of cases, head injuries were the major cause of temporal lobe epilepsy for 80,6 % of cases.

Keywords: epilepsy, neuroinfection, head injury.

Shemet V.A, Karpyuk V.A. Emotional intelligence, quality of life and social functioning of schizophrenic patients // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 35–42.

The study of emotional intelligence, quality of life and social functioning of schizophrenic patients was conducted. Comparison of healthy subjects with group of 44 schizophrenic patients disclosed degradation of emotional

intelligence scores of the latter. Quality of life and social functioning features in relationship with revealed emotional intelligence scores are discussed.

Keywords: emotional intelligence, quality of life, social functioning, schizophrenia.

Shifner N.A., Bobrov A.E., Kulygina M.A. Clinical features and variants of adaptation disorders among students // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 43–61.

111 students aged 16-23 years diagnosed with adaptation disorder (AD) in comparison with 60 healthy students were studied. Five main groups of AD were determined in consideration with clinical presentations: depressive, anxious, depressive-anxious, somatized and behavioural reactions. Somatized and behavioural reactions along with affective manifestations were prevailing among students. Despite low degree of psychopathological symptoms manifestation among students with AD, their social functioning was significantly disturbed. Catamnesis study determined three outcome variants of AD: favourable, unfavourable and protracted. Importance of early AD diagnosis for the purpose of opportunely correction and amelioration are signified.

Keywords: students, adaptation disorders, dynamics, somatized reactions, depressive-anxious symptoms.

Kalinina E.V. Role of psychotherapeutic service in early diagnostics of primary mental diseases // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 62–70.

In this article primary morbidity rates were analyzed from the point of view of primary mental diseases discovered separately by psychologists and psychotherapists. This approach signified obvious role of psychotherapists in neuropsychiatric mental disorders detection (neurotic disorders, childhood emotional and behavioural disorders, psychological development disorders). Insufficiency of psychiatric offices for public demands of expert care under lack of psychotherapeutic service is emphasized.

Keywords: mental disorders, morbidity, psychotherapeutic service, psychotherapist, Chuvash Republic.

G. Rezvy, T. Sørlie. Structured diagnostic interview for mental disorders for general practitioners // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 71–76.

A structured diagnostic interview for mental disorders for GPs might be effective method to detect mental disorders in primary care. "Structured Psychiatric Interview for General Practice" (SPIFA) which was developed and validated in Norway is one example of such diagnostic tools. After a brief training program for GPs', SPIFA provides structured and systematic assessment and reliable diagnoses of the most common mental health disorders.

Keywords: mental disorders, general practitioner, SPIFA, Norway.

V. Rutz. Innovative approaches in public health care: personality in the focus // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 77–87.

Mental disorders and ill health are understood not only as an individual condition but are addressed as a social and societal phenomenon, has implications that not only have to be assessed in direct economical and psychopathological terms, but even as consequences on the function of society as a whole. Today, the challenge appears to elaborate, encourage and facilitate a new type of public mental health promotion that allocates resources as well as intellectual, professional and political capacity directed at realizing human ecological principles of a mental health promoting environment in a society.

Keywords: health promotion, mental health, person centred psychiatry, health impact assessment, health investment, mental environment, environment and health, human ecology.

Golenkov A.V., Safronov S.A. Mental patients' relatives survey on electroconvulsive therapy: knowledge and attitude // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 88–92.

It was found that mental patients' relatives were the most ignorant population group when it comes to electroconvulsive therapy (ECT), with strong negative attitude towards this treatment mode. Subaverage education, movies and media as main source of knowledge about ECT, lack of actual experience on mentally ill relatives probably were most common reasons.

Keywords: electroconvulsive therapy, ECT, attitude, mental patients' relatives.

Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Multi-level adaptation system of person with disease // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 93–104.

Multifactor models of personal adaptivity on physical, affective, cognitive, behavioural and spiritual levels of holistic system were considered, based on study of 185 patients with IHD, essential hypertension and heart diseases.

Keywords: adaptation, adaptivity, person, disease, cardiovascular diseases.

Petunova S.A., Nikolaev E.L. Emotional well-being assessment in unemployed in process of their reprofessionalization // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 105–109.

Results of comparative study of psychoemotional state in 206 unemployed and working people during occupational retraining and reprofessionalization for obtaining new profession are represented. Higher level of anxiety, frustration and unrealistic exaggerated self-esteem of unemployed are found.

Keywords: unemployed, employment, secondary professionalization, anxiety, frustration, self-esteem.

Chizhova A.I. Clinical and psychological aspects of somatoform disorder pathogenesis // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 110–122.

Importance of patient's personality in pathogenesis and treatment are discussed. Emotional-personal and cognitive features of somatoform disorder patients, attitude towards disease as integral affective, behavioural and cognitive indicator were highlighted. Affective disorders linked to somatoform disorders that were described in scientific literature data was confirmed. Three groups of somatoform disorders patients' characteristics were determined: personal features of patients, somatic and anxious-depressive symptoms, social relations desadaptivity.

Keywords: somatoform disorders, attitude towards disease, somatization, affective, behavioural and cognitive aspects.

Chizhova A.I. Personal features in patients with somatoform disorders // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 123–129.

Importance and role of patient's personality in formation and pathogenesis of somatoform disorders are discussed. Author determines personal features of somatoform disorder patients in comparison with scientific literature data concerning specific of disorders. Following factors associated with psychological correctional goals were highlighted both by author and in scientific literature: personal (personal features of patient), dynamical

(premorbid and morbid state of patient), social (formation of adaptive social relations).

Keywords: self-other relations system, personal features, somatoform disorders, psychological correction.

***Evstigneev A.I.* Basic notions of anthropologic arts in holistic view of the world // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 130–136.**

Open-to-discussion point of view on social sciences from the position of Orthodox spirituality is represented.

Keywords: anthropology, human, health, science, Orthodoxy.

***H.-O. Thomashoff.* Art and brain // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 137–146.**

The different levels of influence on the brain's construction of art are highlighted, starting from inborn and likely genetically determined stylistic features and leading to the traces of internalized earlier life experiences onto the art created, including the cultural environment. Art evolves in the biology of the brain parallel to the concepts we establish to define ourselves as persons. It is the interaction between the biological raw model and the perception of outer stimuli which leads to the psychological structure, and it is the interaction between those individual psychological structures and the cultural traditions which are passed on within the frame of the societies we grow up in.

Keywords: art, brain structure and environment, prenatal, inborn, interactive.

In memoriam of Alexandr Borisovich Kozlov // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 147–148.

Dedication to memory of A.B. Kozlov, significant organizer of psychiatric service in Chuvashia.

Keywords: psychiatric service, psychotherapy, Chuvash Republic.

***Nikolaev E.L., Golenkov A.V.* The past and the present of Chuvash psychiatric professional community // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 149–151.**

History of Chuvash psychiatric professional community and nowadays field of interest are presented.

Keywords: psychiatry, professional community, Chuvash Republic.

Makarova M.N. Half-century devotion to mental health in Chuvashia // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 152–158.

50th anniversary of Chuvash state mental hospital, its achievements and development prospect are signified.

Keywords: mental hospital, dispensary, department, chair, Chuvash Republic.

Nikolaev E.L. The 25th anniversary of psychotherapeutic service in Chuvashia // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 159–164.

History of psychotherapeutic service development in Chuvashia associated mostly with functioning of the Republic Centre for Psychotherapy is highlighted.

Keywords: psychotherapeutic service, psychotherapeutic centre, psychotherapist, Chuvash Republic.

Declarations of the 5th Russian Psychological Society Congress // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 165–184.

Psychologist's code of ethics, Russian psychologist oath and resolution of Health Psychology and Clinical Psychology workgroup approved on the 5th Congress of the Russian psychological Society are submitted.

Keywords: Russian psychologig society, code of ethics, oath, clinical psychology, health psychology, resolutions.

New dissertations in area of mental health in Chuvashia // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2012. No 8. P. 185.

Dissertations on psychology and medicine dedicated to mental health that were recently made by researches from Chuvashia are specified.

Keywords: dissertation, medicine, psychology, mental health, Chuvash Republic.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» является рецензируемым научно-практическим изданием, которое публикует оригинальные теоретические и экспериментальные работы, обзоры литературы, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической (медицинской) психологии и смежных с ними разделов знаний на русском и английском языках.

Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов, а также размещать электронную версию журнала в сети Интернет. Все формы поддержки, включая грантовую, и поддержка, получаемая от фармацевтических компаний, должны быть обязательно указаны. Автор несет полную ответственность за достоверность публикуемых данных.

К публикации принимаются материалы объемом до 65 тыс. знаков (включая пробелы и знаки препинания). К работе необходимо приложить аннотацию на русском и английском языках с названием работы, кратким изложением ее содержания (объемом до 100 слов), ключевыми словами, а также информацию об авторах с указанием места работы и электронного адреса. Рукопись отсылается в печатном и электронном вариантах на адрес редакции.

Текст публикации набирается на компьютере (гарнитура шрифта – Times New Roman, стиль – обычный, размер – 11 пунктов) через один интервал, выравнивание по ширине, абзацный отступ – 0,75 см, поля по 2 см, переплёт 0 см. Редакция рекомендует авторам оформлять таблицы, графики и рисунки в черно-белом формате с учетом их размещения на странице размера А5 в виде отдельных файлов.

Сокращения слов не допускаются, за исключением общепринятых. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой. Рисунки должны быть четкими и иметь подрисуночную подпись. Таблицы должны быть наглядными, иметь название, порядковый номер. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте.

Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на иностранных языках указывается после литературы на русском языке. Фамилии и инициалы иностранных авторов могут быть указаны на языке оригинала. Список литературы и ссылки на источники рекомендуется оформлять в соответствии с требованиями ГОСТ.

ТУПМАЛЛИ

Редактор самахё6

ЏИВЁЧ ЫЙТУСЕМ

А.В. Васильева, В.В. Бочаров, Д.М. Сарайкин

Невроз тата уйрәм ҫын
пәсәләвне сәлтавланипе пурнәҫ пахаләхё8

*В.Т. Лекомцев, Т.Ю. Овчинникова, О.А. Волкова,
С.Я. Сюрсин, Ю.С. Никитина, Е.О. Невоструева*

Тытамакән сәлтав факторёсене
тытәм-аталану тәләшәнчен тишкерни25

В.А. Шемет, В.А. Карпюк

Туйәмлә интеллект уйрәмләхёсем,
шизофренипе чирлә пациентсен
пурнәҫ пахаләхёпе социаллә хутшәнусем35

Н.А. Шифнер, А.Е. Бобров, М.А. Кулыгина

Студентсен адаптаци пәсәләвёсен клиника
уйрәмләхёсемпе динамика варианчёсем43

ПСИХИКА СЫВЛӘХНЕ СЫХЛАС ЁҖЕ ЙЁРКЕЛЕНИ

Е.В. Калинина

Психотерапин тин аталанма пусланә психика
пәсәләвёсене тупса паләртас ёҖри вырәнё62

Г. Резвый, Т. Сёрли

Пётёмёшле практика тухтәрёсен психика
пәсәләвёсене тупса паләртмалли
структурәланә диагностика интвььювё (*акәлчанла*)71

В. Рутц

Халәх сывләхне хураллас ёҖри ҫәнё утәмсем:
тёп вырәнәтә харкам ҫын77

КЛИНИКА ПСИХОЛОГИЙЁ

А.В. Голенков, С.А. Сафронов

Психика чирёпе чирлекен таванёсенчен электротуртәмлә терапи пирки ыйтса пёлни: мёнле терапи пулнине аңланни тата айна хак пани	88
--	----

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

Харкам ғыннан чирленё чухнехи темиşe шайлә адаптаци системи	93
--	----

С.А. Петунова, Е.Л. Николаев

Иккёмёшле профессии илнё вәхәтра ёсёёр ларакансен кәмәл-туйәмне хак пани	105
---	-----

А.И. Чиждова

Соматоформәллә пәсәлусемпе чирлекенсен клиникапа психологи аспекчёсем	110
--	-----

А.И. Чиждова

Соматоформәллә пәсәлусемпе чирлекенсен характер уйрәмләхёсем	123
---	-----

КУЛЬТУРАСЕН ТЁЛПУЛАВЁ

А.И. Евстигнеев

Антропологи әсләләхёсенчи төп аңлавсене пётёмёшле тёнче курәмра җутатни	130
--	-----

Г.-О. Томасхофф

Ўнерпе пуҗ мими (акәлчанла)	137
-----------------------------------	-----

ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ

Александр Борисович Козлова асанса	147
--	-----

Чәваш енри психиатрсен профессиллә пёрлешёвён историйё тата унан хальхи ёсёё-хелё	149
--	-----

Җур ёмёр Чәваш енён психика сывләхёсён хуралёнче	152
--	-----

Чәваш енён психотерапи ёҗ хуралё – чөрёк ёмёрте	159
---	-----

Раҗсей психологи пёрлешёвё V съездра туса иттернё ёҗ пётёмлетёвё	165
---	-----

Психика сывләхён ыйтәвёсене хускатса җырнә Чәваш енри җёнё диссертаци ёсёсем	185
---	-----

Җак номер реферачёсем (<i>вырәсла, чәвашила тата акәлчанла</i>)	186
---	-----

Авторсене пёлсе тәма	205
----------------------------	-----

CONTENTS

Editor's note	6
---------------------	---

ORIGINAL STUDIES

<i>Vasilieva A.V., Saraykin D.M., Bocharov V.V.</i> Motivation and quality of life in neurotic and personality disorders patients	8
<i>Lekomtzev V.T., Ovchinnikova T.Yu., Volkova O.A., Syusrin S.Ya., Nikitina Yu.S, Nevostrueva E.O.</i> Ethiological factors of epilepsy: structural-dinamic analysis	25
<i>Shemet V.A, Karpyuk V.A.</i> Emotional intelligence, quality of life and social functioning of schizophrenic patients	35
<i>Shifner N.A., Bobrov A.E., Kulygina M.A.</i> Clinical features and variants of adaption disorders among students	43

MENTAL HEALTH CARE

<i>Kalinina E.V.</i> Role of psychotherapeutic service in early diagnostics of primary mental diseases	62
<i>G. Rezvy, T. Sørlie</i> Structured diagnostic interview for mental disorders for general practioners	71
<i>V. Rutz</i> Person focus: innovative approaches in public health care	77

CLINICAL PSYCHOLOGY

<i>Golenkov A.V., Safronov S.A.</i> Mental patients' relatives survey on electroconvulsive therapy: knowledge and attitude	88
<i>Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L.</i> Multi-level adaptation system of person with disease	93
<i>Petunova S.A., Nikolaev E.L.</i> Emotional well-being assessment of the reprofessionalizing unemployed	105
<i>Chizhova A.I.</i> Clinical and psychological aspects of somatoform disorder pathogenesis	110
<i>Chizhova A.I.</i> Personality features of somatoform disorders patients	123

CROSSROAD OF CULTURES

<i>Evstigneev A.I.</i> Basic notions of anthropologic arts in holistic view of the world	130
<i>H.-O. Thomashoff</i> Art and brain	137

NAMES AND EVENTS

In memoriam Alexandr Borisovich Kozlov	147
The past and the present of Chuvash psychiatric professional community	149
Half-century devotion to mental health in Chuvashia	152
25 th anniversary of psychotherapeutic service in Chuvashia	159
Declarations of 5th Russian psychological society meeting	165
New dissertations in area of mental health in Chuvashia	185
Abstracts of the current issue (<i>in Russian, Chuvash and English</i>) ..	186
Instructions for authors	205

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

№ 8
2012

Подписано в печать 30.04.2013. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 12,21. Уч.-изд. л.13,125. Тираж 100 экз. Заказ № К-177.

Отпечатано в типографии ИП Сорокина А.В. «Новое время»
428034, Чебоксары, ул. М. Павлова, 50/1.
Тел. (8432)323-353, 412-798. Эл. почта: newtime1@mail.ru

**50 ЛЕТ ЧУВАШСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРОВ,
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ**

**50 ЛЕТ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ЧУВАШИИ**

**25 ЛЕТ РЕСПУБЛИКАНСКОМУ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ ЧУВАШИИ**

**50 YEARS OF CHUVASH ASSOCIATION OF PSYCHIATRISTS,
NARCOLOGISTS, PSYCHOTHERAPISTS, PSYCHOLOGISTS**

50 YEARS OF CHUVASH REPUBLIC PSYCHIATRIC HOSPITAL

25 YEARS OF CHUVASH REPUBLIC CENTER FOR PSYCHOTHERAPY

