



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИЕ ПСИХОЛОГИН ЧАВАШ ХЫПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



9

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

Психиатрине психологин чăваш хыпарçи
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology

РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

№ 9

Чебоксары
2013

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

Председатель редакционного совета

М.Н. МАКАРОВА (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет:

Н. АГАЗАДЕ (Баку, Азербайджан)

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)

В. РУТЦ (Кобург, Германия)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

К. ШТУШПЕК (Зальцбург, Австрия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск, Украина)

Главный редактор

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

И.Е. БУЛЬГИНА (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

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

Редакци канашĕн пуçлăхĕ

М.Н. МАКАРОВА (Шупашкар)

Редакци канашĕ

Н. АГАЗАДЕ (Баку)

А.А. АЛЕКСАНДРОВ

(Санкт-Петербург)

С.А. ИГУМНОВ (Минск)

К.А. ИДРИСОВ (Грозный)

Е.Н. КАДЫШЕВ (Шупашкар)

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ

(Санкт-Петербург)

А.М. КАРПОВ (Хусан)

В.Н. КРАСНОВ (Мускав)

С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс)

Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе)

С.А. НУРМАГАМБЕТОВА

(Алма-Ата)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван)

Г. РЕЗВЫЙ (Тромсѐ)

В. РУТЦ (Кобург)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново)

К. ШТУППЕК (Зальцбург)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк)

Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск)

Тĕп редакторĕ

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

Редакци ушкăнĕ

И.Е. БУЛЬГИНА

Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР

А.В. ГОЛЕНКОВ

(тĕп редактор сума)

А.Н. Захарова

Ф.В. ОРЛОВ (яваплă секретарĕ)

Редакци вырăнĕ

Раçсей, 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

M.N. MAKAROVA (Cheboksary)

Editorial Council

N. AGAZADE (Baku)

A.A. ALEKSANDROV

(St. Petersburg)

G. CHRISTODOULOU (Athens)

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. KHUDIYAKOV (Ivanovo)

S. LESINSKIENE (Vilnius)

D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)

S.A. NURMAGAMBETOVA

(Almaty)

G. REZVY (Tromsø)

V. RUTZ (Coburg)

A.F. SOGHOYAN (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

Тел./ факс: +7 (8352) 58 03 83

E-mail: pzdorovie@bk.ru

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

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора 6

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

В.Т. Лекомцев

К феноменологии эпилептических психозов 8

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

Адаптация и адаптационный потенциал личности:
соотношение современных исследовательских подходов 18

Л.Н. Юрьева, Н.А. Демура, Н.Е. Колomoец, Н.Г. Кушнир

Психологические особенности смысложизненных
ориентаций и самоотношения больных шизофренией,
совершивших общественно опасные деяния 33

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

О.Ф. Ерышев, И.В. Кравченко

Кветиапин: современный подход к лечению больных
параноидной шизофренией с признаками резидуальной
дисфункции головного мозга, находящихся
на стационарном (принудительном) лечении 45

И.А. Погodin

Психотерапия суицидоопасного кризиса:
психологическая модель восстановления переживания 52

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Б.Д. Борохов, А.Д. Борохов

Скрининг самооценки ребенка и его роль в моделировании
внутригруппового поведения (пилотажное исследование) 63

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

Психологические особенности эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала психиатрического учреждения	69
--	----

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

А.В. Голенков, С.А. Сафронов, М.Г. Доморощинова

Что знают о психотерапии жители Алатырского района Чувашии?	79
---	----

И.А. Погодин

Социальные аспекты формирования профессиональной идентичности психотерапевтов	87
---	----

ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

Н. Агазаде

Организация помощи добровольцами общины в условиях чрезвычайной ситуации и кризиса (<i>на английском языке</i>)	94
---	----

А.Н. Захарова

Развитие психолого-экономических идей в современной России и Чувашской Республике	112
---	-----

А.В. Худяков, Н.Д. Позднякова, И.В. Кулигин

Отношение пациентов и врачей к нетрадиционной (народной) медицине	131
---	-----

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

Памяти Бориса Дмитриевича Карвасарского	135
---	-----

Сергею Дмитриевичу Кузнецову 60 лет	137
---	-----

А.М. Карпов

Проблемы психического здоровья: евразийское измерение ...	140
---	-----

Рефераты текущих публикаций (<i>на русском, чувашском и английском языках</i>)	142
--	-----

Информация для авторов	157
------------------------------	-----

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемый читатель!

Тематика статей девятого номера нашего журнала довольно разнообразна и представлена работами как теоретического характера, так и непосредственной практической направленности, подготовленной отечественными и зарубежными авторами.

Рубрика актуальных научных публикаций открывается работой нашего ижевского коллеги, посвященной характеристике синдромальной структуры расстройств психотического уровня у больных эпилепсией. Результаты психологического исследования больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, к которым применены принудительные меры медицинского характера, представлены в статье наших украинских коллег. Обзор исследователей из Чувашии посвящен проблеме адаптации и адаптационного потенциала личности.

Всегда востребованными среди профессионалов являются научные материалы, в центре которых находятся вопросы терапии. В данном выпуске – это работы петербургских специалистов и нашего минского коллеги, в которых рассматриваются основные подходы к лечению больных шизофренией и особенности психотерапии лиц, находящихся в кризисной ситуации.

В следующих двух рубриках номера представлены работы исследователей из Чувашии, Белоруссии и Израиля по проблемам клинической психологии и психотерапии, в которых авторы рассматривают вопросы профессионального формирования психотерапевта и отношения населения к психотерапии, эмоционального выгорания в психиатрии и скрининга самооценки ребенка.

Интересной и полезной для практической деятельности является материал нового члена Редакционного совета нашего издания, нашего азербайджанского коллеги, доктора медицинских наук профессора Назима Агазаде, который знаком с современ-

ными подходами к организации помощи в условиях кризиса и чрезвычайной ситуации не понаслышке, так как долгие годы работал экспертом Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке.

К междисциплинарной плоскости культурных исследований относятся и работы наших коллег из Чебоксар и Ярославля, в которых проводится анализ развития психолого-экономических идей в стране в последние десятилетия и изучается отношение участников медицинского процесса к народной медицине.

Невосполнимой потерей для всех нас является уход из жизни видного российского ученого и организатора психотерапевтической помощи в Советском Союзе и России профессора Б.Д. Карвасарского, который внес большой вклад и в развитие психотерапии в Чувашии. Материал, посвященный его памяти, также помещен в девятом номере журнала.

2013 год ознаменован в Чувашии юбилеем одного из организаторов психиатрической службы республики, известного психиатра – С.Д. Кузнецова, материалы о котором помещены в рубрике "События и имена". Здесь же содержится рецензия профессора А.М. Карпова на новую монографию международного авторского коллектива "Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: кинические, психологические и социальные реалии".

На конец 2013 года наш журнал представлен полнотекстовыми публикациями в Научной электронной библиотеке e-LIBRARY.RU и включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), а также в международную базу данных Ульрих (Ulrichsweb Global Serials Directory) и научную поисковую систему "Академия Google".

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

К ФЕНОМЕНОЛОГИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

В.Т. Лекомцев

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Психические расстройств при эпилепсии являются одной из наиболее актуальных в современной психоневрологии. Так, G. Huber, H. Penin [17] отмечают, что примерно у 1,2 % больных эпилепсией не обнаруживают психических расстройств. Согласно статистической отчетности психиатрических и неврологических учреждений России среди всей популяции больных эпилепсией пациенты с разными формами психической патологии составляют 24,5-27,0 % [12]. Другие же исследователи психические расстройства у больных эпилепсией на основании эпидемиологических исследований диапазон психических расстройств еще расширяют от 3,8 до 60,0 % [3, 16]. Не вызывает сомнения тот факт, что произошел заметный патоморфоз эпилепсии [14]. За последние 15 лет отмечается удвоение числа больных эпилепсией, обнаруживающих различные проблемы поведения [8], совершенно иными стали их личностные особенности [1, 2]. Кроме того, своего рода патоморфоз коснулся и диагностических установок на эпилепсию. Согласно критериям Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-10) [4] эпилепсия классифицируется по неврологическому разделу с выделением трех основных форм болезни – идиопатической, симптоматической и криптогенной. До настоящего времени единой классификации психических расстройств при эпилепсии нет. Трудности четкого выделения отдельных психопатологических расстройств в клинике эпилепсии связаны с нередким сочетанием двух или более психопатологических синдромов [7, 11, 18]. Однако, существующие в главе 5

(Психические расстройства и расстройства поведения F00-99) МКБ-10 рубрики предоставляют возможность для учета всего многообразия психических расстройств при эпилепсии. Адаптированный вариант МКБ-10 расширяет возможности диагностики эпилептических психических нарушений, но значение эпилепсии низводится до одного из многих этиологических факторов наравне с травмой, нейроинфекцией и других, причем подразумевается клиническое единообразие психических нарушений независимо от вызвавших их органических причин. В связи с этим специфика эпилептических психических расстройств не получает должного отражения.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений психических расстройств у больных эпилепсией. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ Удмуртской Республики.

Объектом исследования послужили 458 больных эпилепсией, находящиеся под диспансерным наблюдением. В качестве материала исследования были использованы амбулаторные карты и истории болезни пациентов, начиная с первого поступления их в стационар РКПБ.

Данные о характере психических расстройств свидетельствуют о том, что в обследованной группе пациентов достоверно чаще ($p < 0,05$) в клинической картине болезни представлено сочетание психоза и деменции – 41,3 %. Далее в порядке убывания следуют непсихотические психические расстройства – 21,4 %, психозы без деменции – 20,7 %, слабоумие без психоза – 9,4 % (табл. 1).

Как видно в таблице 1, данные только констатируют наличие психических нарушений, но не раскрывают особенностей клинической картины. Для изучения синдромальной структуры мы выделили группы больных с непсихотическими расстройствами и с проявлениями психоза.

К пограничным психическим расстройствам принято относить вторичные невротические образования, как следствие реакции больного на заболевание. В связи с этим получила широкое распространение трактовка большинства нарушений аффективного и тревожного спектра как отражающих преимущест-

венно особенности личностного реагирования и меньше зависимых от приступов и других проявлений болезни [1, 5, 8].

Таблица 1
Структура психических расстройств у больных эпилепсией

Основные клинические синдромы	абс.	%
Непсихотические расстройства	98	21,4
Психозы без деменции	95	20,7
Психозы в сочетании с деменцией	189	41,3
Деменция без психоза	76	9,4
ВСЕГО	458	100

Непсихотические психические расстройства были представлены четырьмя типами состояний: депрессивное расстройство – 37,6 %, обсессивно-фобические расстройства – 27,6 %, непароксизмальные дисфории – 23,5 %, эмоциональная лабильность – 11,2 %.

В синдромальной структуре расстройств психотического уровня у больных эпилепсией (табл. 2) аффективно-бредовый синдром наиболее часто встречается среди больных эпилепсией с психозами – 40,5 %. У большинства больных в структуре синдрома представлен в значительной мере такой компонент, как субдепрессия.

Таблица 2
Структура эпилептических психозов

Основной синдромы	абс.	%
Аффективно-бредовый	115	40,5
Депрессивный	70	24,6
Бредовый	35	12,3
Кататоноподобный	19	6,8
Сумеречное помрачение сознания	15	5,3
Маниакальный	12	4,2
Онирическое помрачение сознания	12	4,2
Делириозное помрачение сознания	6	2,1
ВСЕГО	284	100

На втором месте по встречаемости – депрессивный синдром (24,6 %). Наблюдавшиеся нами депрессии были различны по клинической картине, степени выраженности аффекта, полиморфности симптоматики, а также по продолжительности. Встречались следующие депрессивные синдромы: тоскливые депрессии, адинамические депрессии, ипохондрические депрессии, тревожные депрессии, депрессивно-дисфорические, депрессии с деперсонализационными нарушениями. Продолжительность таких депрессий колебалась от нескольких недель до нескольких месяцев, иногда до года.

Бредовый синдром (12,3 %) по своей структуре был неоднороден и включал в себя паранойяльные, параноидные и паранойяльные расстройства.

Кататоноподобные расстройства (10,9 %) проявлялись двухфазным течением. Кататоноподобное возбуждение сменялось субступором или наоборот. Психомоторное возбуждение проявлялось в стремлении бежать, обнажаться, непрерывной речи с бессвязностью, в неузнавании близких. Вслед за этим эпизодом больные становились пассивно подчиняемыми, принимали однообразные позы, отказывались от еды. Явления ступора перемежались у них продолжительными периодами возбуждения, гневливости, раздражительности. На период острых проявлений психоза для больных характерна полная амнезия. Клиническая картина кататонического синдрома, протекавшего без помрачения, зависела от характера аффективных нарушений. Снижение подвижности, несобранность, рассеянность сочетались с субдепрессивными расстройствами. Анализ вышеперечисленных синдромов при эпилепсии дает основание говорить не о кататонических синдромах, а кататоноподобных расстройствах при эпилепсии.

Эпилептический психоз с помрачением сознания по типу онейроида мы предлагаем описывать как острый эпилептический психоз с онейрическим помрачением сознания. Этапность онейроидного помрачения сознания, классически описанные при шизофрении С.Г. Стояновым [12]; Т.Ф. Пападопулосом [10] не может описываться при эпилепсии, так как ни в одном случае онейрического помрачения сознания этапности развертывания синдрома мы не наблюдали. Этот синдром характеризуется сон-

ливостью, яркими сновидениями, вялостью. При галлюцинаторных переживаниях часто наблюдается любопытство, реже тревога. Содержание сновидных переживаний составляют галлюцинаторные встречи, разговоры с родственниками, бытовые и профессиональные сцены. Моторика становится стереотипной. При проведении осмотра больные оказывают сопротивление, с трудом осмысливают обстановку, дезориентированы во времени и в месте, растеряны. При онирическом (сновидном) помрачении сознания с преобладанием в клинической картине сновидных переживаний обыденной, фантастической симптоматики не наблюдается, когда больные становятся пассивными участниками событий. В структуру сновидных состояний входят также зрительные галлюцинации. При этом больные ощущают себя зрителями или жертвами насилия. Испытывают тревогу, страх или ужас. Возбуждение сопровождается растерянностью и суетливостью. В ряде случаев возможно развитие состояний, только внешне напоминающих онейроид – онейроидоподобные состояния с произвольным фантазированием, заторможенностью и отрешенностью от окружающего. Больные при этом, как правило, ориентируются в месте, времени и собственной личности. Это состояние можно прервать внешним воздействием. В тяжелых случаях, особенно у детей, возникают эпилептические приступы. Структурные элементы синдрома выражены больше в ночное время. Длительность синдрома зависит от соматического состояния. При выходе из онирического помрачения сознания наблюдается частичная астения. При онирическом помрачении сознания наблюдаются семейно-бытовые сцены. Элементы ониризма – бреда сновидения яркие, сценические, с богатой фабулой. Повышенная галлюцинаторная готовность, реализующаяся в коротких галлюцинаторных эпизодах, описана С.С. Мнухиным [9] при эпилепсии. Отграничение состояний онирических состояний от онейроидных имеет важное значение, так как речь идет о разных нозологических формах заболевания и разных терапевтических методах. Требуется четкая дефиниция этих синдромов и использование их в клинической психиатрии. Возбуждение при онирическом помрачении сознания возникает, как правило, при нарастающей тревоге и галлюцинаторных пережи-

ваниях. В структуре экзогенно-органических заболеваний в современных условиях это приходится видеть нечасто.

В обследованной нами популяции больных эпилепсией сумеречное расстройство сознания наблюдалось у 4,9 %. Сумеречные состояния характеризовались нарушением сознания с последующей амнезией, резко выраженными аффективными расстройствами, страхом, возбуждением, вплоть до агрессии и аутоагрессии, галлюцинаторными переживаниями, бредовой интерпретацией окружающего, иногда с переходом в резидуальный бред.

По данным ведущих эпилептологов [2, 3, 8, 18], маниакальные состояния при эпилепсии встречаются редко. Наше исследование показало, что только у 4,2 % больных ведущее место в клинике занимал маниакальный синдром. Пациенты были деятельными, разговорчивыми, делились своими планами, подолгу не могли уснуть, испытывали эмоциональный подъем, состояние полного благополучия и полностью утрачивали критику к своему болезненному состоянию. В связи с этим причиной поступления в отделение в большинстве случаев было прекращение лечения и учащение припадков. У части больных повышенная активность сочеталась с раздражительностью, нетерпимостью к окружающим, агрессией.

Наиболее остро протекали делириозные состояния. Помрачение сознания с дезориентировкой в месте и времени сопровождалось у больных беспокойством, сценopodobными устрашающими галлюцинациями, острым чувственным бредом. Воспоминания о пережитом были фрагментарны, а спустя несколько часов после окончания психоза наступала полная амнезия. Аналогичные проявления делириозного помрачения сознания у больных эпилепсией описываются в [1, 3]. У обследованных нами больных делириозное помрачение сознания наблюдалось в 2,1 % случаев.

Изучение диагностического распределения психических расстройств больных эпилепсией проводилось в соответствии с действующей Международной классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (табл. 3). Как видно из таблицы 3, у обследованной нами популяции больных эпилепсией с психическими расстройствами наиболее часто психопатологи-

ческие состояния определялись как другие психотические расстройства (F 06.812) – 18,1 %, деменция (F 02.2) – 16,6 %, психотическое депрессивное расстройство (F 06.322) – 14,2 %, психотическое смешанное расстройство (F 06.332) – 11,4 %, бредовое расстройство (F 06.22) – 10,5 %.

Таблица 3
Распределение психических расстройств у больных эпилепсией

Психические расстройства	абс.	%
Другие психотические расстройства (F 06.812)	83	18,1
Деменция (F 02.842)	76	16,6
Психотическое депрессивное расстройство (F 06.322)	65	14,2
Психотическое смешанное расстройство (F 06.332)	52	11,4
Бредовое расстройство (F 06.22)	48	10,5
Депрессивное непсихотическое расстройство (F 06.362)	37	8,1
Органическое тревожное расстройство (F 06.42)	27	5,9
Органическое эмоционально-лабильное расстройство (F 06.62)	20	4,4
Кататоноподобные состояния (F 06.12)	19	4,1
Расстройство личности (F 07.02)	14	3,1
Гипоманиакальное расстройство (F 06.342)	10	2,2
Делирий (F 05.92)	4	0,9
Маниакальные расстройства (F 06.302)	3	0,7
ВСЕГО	458	100

К диагностической категории "Другие психотические расстройства" (F 06.812) относятся транзиторные, приступообразные, хронические психозы с преобладанием аффективных, бредовых или кататонических расстройств в виде депрессий, маний, ипохондрических состояний, состояний тревоги с идеями отношения, отравления, преследования, галлюцинаторно-бредовых состояний, кататоноподобных расстройств, онирическим синдромом или сумеречным расстройствами сознания, делирия.

Критериями "Психотического депрессивного расстройства" (F 06.322) являются пониженное настроение, гиподинамия, дисфорические расстройства, суицидальные мысли, бредовые идеи

отношения. Течение депрессивного расстройства транзиторное или приступообразное.

При преобладании в клинической картине депрессивно-бредовых приступов мы относили такие расстройства к диагностической категории "Психотическое смешанное расстройство" (F 06.332).

Диагноз "Бредовое расстройство" (F 06.22) устанавливался при наличии в клинической картине транзиторных психозов с ипохондрическими идеями, тревогой, идеями отношения, отравления, преследования, галлюцинаторными и псевдогаллюцинаторными переживаниями или приступообразных параноидных психозов.

Непсихотические психические расстройства при эпилепсии представлены в диагностических категориях: депрессивное непсихотическое расстройство (F 06.362) – 8,1 %, органическое тревожное расстройство (F 06.42) – 5,9 %, органическое эмоционально-лабильное расстройство (F 06.62) – 4,4 %.

Наиболее редко для определения клинического состояния используются, следующие далее в порядке убывания, диагностические категории: "Кататоноподобное состояние" (F 06.12) – 4,1 %, "Расстройство личности" (F 07.02) – 3,1 %, "Гипоманиакальное расстройство" (F 06.342) – 2,2 %, "Делирий" (F 05.92) – 0,9 %, "Маниакальное расстройство" (F 06.302) – 0,7 %.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в структуре психических расстройств при эпилепсии преобладают депрессивный и аффективно-бредовый синдромы, которые разворачиваются на фоне мнестико-интеллектуального снижения. Выделенный острый эпилептический психоз с онирическим помрачением сознания имеет важное теоретическое и практическое значение. Данные анализа показывают, что наблюдающиеся у взрослых больных эпилепсией продуктивные и негативные расстройства, квалифицированные как эпилептические психозы и деменция, имеют первостепенное значение для решения вопросов трудовой адаптации больных, поскольку их качество отражает темп прогрессивности эпилептического процесса, определяющий степень сохранности личностного потенциала у больных и их реабилитационные возможности.

Литература

1. *Болдырев А.И.* Психические особенности больных эпилепсией. М: Медицина, 2000. 370 с.
2. *Болдырев А.И.* Психические изменения в развернутой стадии эпилепсии // Росс. психиатр. журн. 2001. № 1. С. 10-13.
3. *Казаковцев Б.А.* Психические расстройства при эпилепсии. М., 1999. 416 с.
4. *Классификация* болезней в психиатрии наркологии: пособие для врачей / под общ. ред. М.М. Милевского. М.: Триада-Х, 2003. 184 с.
5. *Лекомцев В.Т.* Профилактика вторичных невротических и других психических расстройств при травматической эпилепсии // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91, вып. 6. С. 33-34.
6. *Максимова А.Л.* Лечение эпилепсии и качество жизни больных: применение Депакина и Депакин-хроно // Психиатр. и психофармакотерапия. Прил. 3. 2000. Т. 2, № 3. С. 12-15.
7. *Максимова А.Л.* Психопатология при эпилепсии // Современная психиатр. им. П.Б. Ганнушкина. Эпилепсия. Спец. вып. 1998. С. 4-9.
8. *Максимова Э.Л., Железнова Е.В.* Непсихотические психические расстройства при эпилепсии // Росс. мед. журн. 2001. Т. 9, № 25. С. 1207-1209.
9. *Мнухин С.С.* О сочетании шизофрормных и эпилептических проявлений у детей // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1963. Т. 63, № 7. С. 1047-1051.
10. *Пападопулос Т.Ф.* Острые эндогенные психозы. М., 1975. 192 с.
11. *Попов Ю.В., Вид В.Д.* Клиническая психиатрия. СПб., 1996. 421 с.
12. *Стоянов С.Г.* Онейроидный синдром в течении периодической шизофрении. София: Медицина и физкультура, 1968. 243 с.
13. *Тойтман Л.Л., Тойтман О.Л.* Клинико-эпидемиологическая характеристика эпилепсии в Еврейской автономной области // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2000. № 10. С. 45-47.
14. *Хохлов Л.К., Горохов В.И.* О прогнозе эпилепсии // Сб. тр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. Т. 94: Современные методы диагностики и лечения эпилепсии: материалы Росс. науч.-практ. конф. в г. Смоленске 27-28 ноября 1997 г. Смоленск, 1997. С. 23.
15. *Barczak P., Edmunds E., Betts T.* Hypomania following complex partial seizures. A report of three cases // Brit. J. Psychiatry. 1988. Jan. Vol. 152. P. 137-139.

16. *Boylan L.S.* Peri-ictal behavioural and cognitive changes // *Epilepsy Behav.* 2002. Vol. 3, N 1. P. 16-26.
17. *Huber G., Penin H.* Psychische Dauerveränderungen und Persönlichkeit des Epileptikers // *K.P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band II (Teil 2).* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1972. P. 641-690.
18. *Marsh L., Rao V.* Psychiatric complications in patients with epilepsy: a review // *Epilepsy Res.* 2002. Mar. Vol. 49 (1). P. 11-33.

АДАПТАЦИЯ И АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ: СООТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ПОДХОДОВ

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

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

Адаптация является одним из ключевых понятий в сфере знаний, изучающих человека с позиций естественнонаучного, гуманитарного и общественно-научного подходов. Именно поэтому в научной, в особенности русскоязычной, литературе встречается большое число взглядов и мнений на то, что считать адаптацией. В ситуации подобного междисциплинарного разночтения представляется важным уточнения сущности понятия адаптации и связанных с ним понятий, характеризующих личностные особенности.

В традициях отечественной школы физиологии со времен И.М. Сеченова, И.П. Павлова и А.А. Ухтомского адаптация рассматривается в контексте системно-динамического подхода как единая, целостная, интегративная реакция организма, направленная на поддержание его жизнедеятельности в условиях постоянно изменяющейся внешней среды (Сороко С.И., Алдашева А.А., 2012).

Включение в содержание понятия адаптации деятельностного компонента значительно углубило его сущность и приблизило к задачам психологических исследований и практики. С позиций такого взгляда адаптация понимается не просто как процесс и результат взаимодействия человека со средой, а как системный ответ организма на длительное и многократное воздействие внешней среды, направленный на такое изменение структуры гомеостатического регулирования, которое обеспечивает его жизнь и деятельность путем формирования адекватного внешнему фактору первичного ответа и минимальной реакции платы (Медведев В.И., 2003).

И действительно, исследования показывают, что характерной чертой взаимодействия в системе "человек-среда" является то, что человек выступает ее активной стороной, моделируя разнообразные стратегии адаптации, используя как генетически закрепленные, так и приобретенные механизмы адаптивного поведения (Сороко С.И., Алдашева А.А., 2012). Можно обозначить, что адаптация определяется как процесс взаимодействия человека и окружающей среды, в результате которого у него возникают модели и стратегии поведения, адекватные условиям, меняющимся в этой среде (Добряк С.Ю., 2004).

Касаясь психофизиологических и психологических основ адаптации, необходимо остановиться на взглядах Ф.Б. Березина (1988), согласно которым психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, позволяющей удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивать соответствие психической деятельности и поведения требованиям среды.

Таким образом, психическая адаптация помимо сохранения психического гомеостаза подразумевает оптимизацию постоянного взаимодействия индивидуума с окружением и установление адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками в формировании определенных и относительно стабильных психофизиологических соотношений (Березин Ф.Б., 1988).

А.Г. Маклаков (2001) делает акцент на том, что адаптация – это не только процесс, но и свойство любой живой саморегулируемой системы, которое состоит в способности приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды. Уровень развития данного свойства определяет интервал изменения условий и характера деятельности, в рамках которого возможна адаптация для конкретного индивида. Обращаясь к роли личности в адаптации, он пишет, что адаптационные способности индивида во многом зависят от психологических особенностей личности, определяющих возможность адекватной регуляции функционального состояния организма в разнообразных условиях жизни и деятельности. Чем значительнее адаптационные способности,

тем выше вероятность нормального функционирования организма и эффективной деятельности при увеличении интенсивности воздействия психогенных факторов внешней среды (Маклаков А.Г., 2001).

Содержание понятия адаптации тесно соотносится с феноменом стресса, разработки концепции которого базируются на идеях У. Кэннона и Г. Селье. Несмотря на то что проблеме стресса посвящено большое количество работ в различных областях знаний, особого внимания психологов заслуживает фундаментальная монография Л.А. Китаева-Смыка "Психология стресса. Психологическая антропология стресса" (2009), в которой наряду с обобщением феноменологии стресса автором проводится анализ стресса как междисциплинарной категории. Синдром стресса подразделяется им на четыре специфических субсиндрома – эмоционально-поведенческий, вегетативный, когнитивный и психосоциальный, в рамках каждого из которых обозначаются общие (неспецифические) закономерности, связанные как с механизмами развития, так и с направлениями профилактики.

В понимании А.А. Реана с соавт. (2008) явления адаптации и личностного развития взаимно дополняют друг друга, образуя различные направления для самоактуализации. Именно личностные характеристики во многом определяют успешность или не успешность адаптации, а сама адаптация является мощным стимулом для развития личности (Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А., 2008).

М.А. Березин (2009) предлагает концепцию функциональных систем, задающую основное содержание современных теоретических представлений о психической адаптации, краеугольным камнем которых является представление о феномене "функциональной системы психической адаптации".

Особенности социально-психологического дискурса адаптации личности, ее социально-психической адаптированности можно охарактеризовать как состояние взаимоотношений личности и группы, при котором личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные социогенные потребности, в полной мере идет навстречу ролевым ожиданиям.

ям, предъявляемым к ней эталонной группой, переживает состояния самоутверждения и свободного выражения своих творческих способностей (Налчаджян А.А., 1988).

Особенность социальной адаптации заключается в том, что адаптивным изменениям с целью достижения указанного состояния подвергается в большей степени не физическое тело и его функции, а система общественного поведения человека. Отсюда социальную адаптацию можно определить как процесс и результат установления относительного взаимного соответствия между потребностями личности и требованиями социальной среды (Розум С.И., 2006).

В этой ситуации С.А. Ларионова (2002) выделяет следующие уровни адаптации: эффективная адаптация – высокая степень адаптированности; неполная адаптация, неустойчивая адаптация – снижение степени адаптированности в определенных социальных ситуациях; дезадаптация – нарушение адаптации.

Стоит отметить, что в научной литературе при описании категории адаптации часто оперируют близкими, но не аналогичными, а более узкими по смыслу понятиями. К ним можно отнести стрессоустойчивость, жизнестойкость, совладание, самоэффективность и др.

Так, в качестве одного из важных факторов адаптации личности, успешности ее совладания со стрессом предлагается рассматривать копинг-компетентность, которая является аналогом отечественного понятия стрессоустойчивости, рассматриваемого как результат взаимодействия различных компонентов (психофизиологического, эмоционального, интеллектуального, волевого) в контексте общей системы адаптации. В копинг-компетентности можно выделить следующие компоненты: адекватность в интерпретации и оценивании различных параметров ситуации как на уровне общей тенденции, так и в отношении специфических стрессоров; адекватность восприятия внешних и внутренних ресурсов для преодоления стресса; богатый репертуар копинг-стратегий и сформированность навыков выбора наиболее эффективных стратегий поведения в соответствии с параметрами ситуации; адекватность результатов копинга, по-

следствий осуществленных действий, их эффективности, возможности и необходимости коррекции (Трифонова Е.А., 2013).

Еще одним фактором адаптации личности указывается жизнестойкость ("Харди"), которая является интегративным психологическим качеством человека, включающим в себя и способность принимать вызов судьбы, и внутренний (интернальный) локус контроля с принятием ответственности за происходящие события, и целенаправленность, целеустремленность действий (вовлеченность в происходящие события). В определенной степени свойство жизнестойкости можно формировать в процессе воспитания личности, стимулируя самостоятельность, предприимчивость, обучая владению своими эмоциями и умению мобилизоваться в трудных жизненных ситуациях (Соловьева С.Л., 2010).

Самоэффективность также связывается с адаптационными процессами личности и понимается как уверенность индивида в способности произвести определенные действия и достичь определенного результата (Трифонова Е.А., 2013).

С учетом актуальных задач психологии и в свете того, что психология в качестве своего предмета заявляет психику человека, предметом психологического исследования адаптации человека становятся механизмы психики, являемые в психических процессах, состояниях и свойствах. В этом аспекте, по мнению А.Н. Алёхина (2010), адаптация человека является процессом формирования таких способов реагирования, которые адекватны действительности и обеспечивают оптимальные условия его существования.

В контексте теории отношений, понимаемой как сложная система смыслов и значений, формирующихся в процессе жизненного опыта, детерминирующая поведение и переживания человека в конкретных ситуациях психическая адаптация представляется процессом формирования, коррекции и трансформации опыта в процессе переживания. Процесс психической адаптации возможен лишь тогда, когда человеком рефлексирован (осознан) опыт, детерминирующий его переживания – только при этом условии возможно формирование нового опыта. Достоверным критерием психической адаптированности в психологическом аспекте является качество переживаний человека.

Достаточно точной мерой здесь может служить степень удовлетворенности (самим собой, миром и людьми), которая отражает меру соответствия индивидуального опыта человека складывающимся ситуациям жизни (Алехин А.Н., 2010).

Обобщая существующие теоретические и методологические представления об адаптации в различных областях науки, С.Т. Посохова (2001) выделяет следующие смысловые наполнения понятия адаптации: адаптация как жизнедеятельность в изменяющихся условиях существования, адаптация как приспособление к измененным условиям среды, адаптация как достижение устойчивости в измененной среде. Опираясь на приведенные обобщения, она пишет, что адаптация является собой механизм самораскрытия личности, обеспечивающий трансформацию изменений окружающей среды во внутренние условия создания новых способов взаимодействия с реальностью и с собой, необходимых для сохранения собственной целостности. Психологическое содержание адаптирующейся личности определяется: осознанием изменяющейся окружающей среды; рефлексией себя в новой картине среды; саморегуляцией адаптационного потенциала, необходимого для преобразования взаимодействия с окружающей средой и собой; трансформацией способов взаимодействия с окружающей средой; выраженной эгоориентацией как возможным следствием усиления потребности в самораскрытии; изменением образа Я как элемента Я-концепции (Посохова С.Т., 2001).

Рассмотрение содержания и сущности феномена адаптации приводит к необходимости уточнения понятий, производных от термина "адаптация", которые имеют собственную специфику предметных областей. Это понятия "адаптивности" и "неадаптивности", а также "адаптационных ресурсов", "адаптационных возможностей", "адаптационных способностей", объединяемых в смысловую категорию "адаптационного потенциала".

По мнению Т.В. Рогачевой (2004), если адаптивность представляет собой тенденцию личности к реализации и воспроизведению в деятельности уже имеющихся стремлений, направленных на осуществление тех действий, целесообразность которых была подтверждена предшествующим опытом, то неадаптивность представляет собой противоречие между преследуемой

субъектом целью и результатом его активности. Во всех случаях необходимо говорить о различных вариантах адаптации, представляющих собой как бы шкалу, на одном конце которой – конструктивное самосохранительное поведение, на другой – неконструктивное, саморазрушительное поведение.

В.И. Розов (1993) исследовал особенности структурной организации адаптивности в экстремальных условиях. Им выявлено, что адаптивным психодинамическим свойством личности является активность, а неадаптивным – эмоциональность. Центральное место в группе адаптивных занимает показатель социальной энергичности. В группе неадаптивных данный показатель не связан ни с одним из психодинамических признаков. Структурно-образующими признаками адаптивности в экстремальных условиях являются показатели личностного самоконтроля, индивидуальной саморегуляции, сензитивности, самореализации, интеллектуальной активности, психодинамической выносливости и гибкости, способности к достижению.

Неожиданный взгляд на проблему адаптации личности приводится в монографии В.А. Петровского "Психология неадаптивной активности" (1992), в которой делается акцент не на адаптивности личности, а на ее неадаптивности. На категориальном уровне анализа "адаптивность-неадаптивность", как представляется автору, могут быть раскрыты как тенденции функционирования целеустремленной системы, определяющиеся соответствием-несоответствием между ее целями и достигаемыми результатами. Тогда адаптивность выражается в согласовании целей и результатов ее функционирования, а неадаптивность состоит в том, что между целью и результатом активности индивида складываются противоречивые отношения: намерение не совпадает с деянием, замысел – с воплощением, побуждение к действию – с его итогом. В этом противоречии – источник динамики личности, ее существования и развития.

Далее В.А. Петровский поясняет, что приметы неадаптивности, будь то "адаптивность как неизбежность" или "активно-неадаптивные" тенденции, прослеживаются во всех сферах бытия человека: в его взаимоотношениях с природой, предметным миром, другими людьми и самим собой, а также во взаимопроникновении этих сфер. Неадаптивность служит моментом дина-

мики личности и вместе с тем обеспечивает ее целостность (Петровский В.А., 1992).

При уточнении понимания сути адаптационных ресурсов личности в работе С.А. Ларионовой (2001) выясняется, что это ряд психологических и индивидуальных характеристик, определяющих степень социально-психологической адаптированности личности в конкретных социальных условиях. Адаптационные ресурсы личности составляют ее определенные психологические особенности (основные факторы социально-психологической адаптации): ценностные ориентации, направленность личности (положительные социальные установки); высокая степень самопрятия (отсутствие большого расхождения между Я-реальным и Я-идеальным); высокий уровень рефлексии; высокий уровень эмпатии, доброжелательность; развитый волевой контроль над импульсами, аффектом, побуждениями; достаточно высокий уровень развития адаптивных свойств интеллекта (стилевые свойства интеллекта, высокие репрезентационные способности), которые не определяются традиционными психометрическими методами; эффективность психологических защит (отсутствие неадекватной выраженности и стереотипности отдельных видов защит); наличие чувства юмора, позитивное отношение к парадоксам (Ларионова С.А., 2001).

Что же касается адаптационных и адаптивных способностей, адаптационных возможностей, то эти понятия в изученной нами литературе употребляются крайне ограниченно и, как правило, в контексте адаптационного потенциала, который является предметом нашего дальнейшего рассмотрения.

С медико-биологических позиций адаптационный потенциал – это количественное выражение уровня функционального состояния организма и его систем, характеризующее его способность адекватно и надежно реагировать на комплекс неблагоприятных факторов при экономной трате функциональных резервов, что позволяет предотвратить развитие преморбидного состояния. И тогда здоровье – это способность организма сохранять необходимые компенсаторные и защитные свойства, определенный уровень функциональных резервов, оптимальная способность адаптироваться к условиям внешней и внутренней среды (Ушаков И.Б., Сорокин О.Г., 2004).

В психологии истоки понятия адаптационного потенциала личности (личностного потенциала) восходят к работам А.Г. Маклакова (2001), С.Т. Посоховой (2001), Д.А. Леонтьева (2002).

А.Г. Маклаков (2001) считает, что оценить адаптационные возможности личности можно через оценку уровня развития психологических характеристик, наиболее значимых для регуляции психической деятельности и процесса адаптации. Чем выше уровень развития этих характеристик, тем выше вероятность успешной адаптации, тем значительнее диапазон факторов внешней среды, к которым индивид может приспособиться. Данные психологические особенности личности взаимосвязаны и составляют одну из интегральных характеристик психического развития личности – личностный адаптационный потенциал, показатели которого содержат информацию о соответствии или несоответствии психологических характеристик личности общепринятым нормам.

В свою очередь, С.Т. Посохова (2001) вводит специальное понятие "личностного адаптационного синдрома", который характеризует общие для разных способов взаимодействия с изменяющимися социальными, предметно-технологическими и природно-климатическими условиями среды проявления адаптационного потенциала, которые связаны с активизацией личностной регуляции. Личностная регуляция обеспечивает создание внутренних условий для преобразования сложившихся взаимоотношений со средой и получения необходимой независимости от средовых воздействий. Активность личностной регуляции определяется сочетанием объективных признаков среды, их личностным смыслом и превалирующим способом взаимодействия с изменяющейся реальностью.

Д.А. Леонтьев (2002) определяет личностный потенциал как стержень личности – базовую индивидуальную характеристику, качественно характеризующую уровень личностной зрелости – а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала считает самодетерминацию личности. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств и преодоление личностью самой себя, а

также меру прилагаемых ей усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни (Соловьева С.Л., 2010).

А.М. Богомолов (2008) определяет адаптационный потенциал как способность личности к структурным и уровневым изменениям (под влиянием адаптогенных факторов) качеств и свойств, что повышает ее организованность и устойчивость. Адаптационный потенциал является интегральным понятием, включающим специфические ресурсы, представленные на различных уровнях организации личности (индивидуальном, личностном, субъектно-деятельностном). Важными составляющими адаптационного потенциала являются механизмы, способы использования и преобразования адаптационных ресурсов, их количественных и качественных составляющих (разворачивание, аккумуляция, восполнение и т. д.). Эти процессы служат связующими звеньями между возможностями и способностями личности и реальной их реализацией в целенаправленном адаптационном процессе.

В определении Л.Э. Кузнецовой (2011), личностный адаптационный потенциал – это интегральная переменная, характеризующая совокупностью индивидуальных признаков, обуславливающих эффективность психической адаптации человека, в частности в экстремальных ситуациях.

Адаптационный потенциал личности также описывается как интегративное личностное свойство, выражающееся в отношении (позиции, установки, направленности) человека к миру; система знаний, убеждений, на основе которых строится, регулируется деятельность человека, развитое чувство нового, способность быстро менять приемы действия в соответствии с новыми условиями деятельности; совокупность реальных возможностей, умений и навыков, определяющих уровень их развития; психологическая установка на нетрадиционное разрешение противоречий объективной реальности; характерное свойство индивида, определяющее меру его возможностей в творческом самоосуществлении и самореализации; система личностных способностей, позволяющих оптимально менять приемы действий в соответствии с новыми условиями, и знаний, умений, убеждений, определяющих результаты деятельности и побуждающих личность к творческой самореализации и саморазвитию; одна из

сфер творческой личности, ее аксиологический потенциал (Толстых Ю.И., 2011).

С научных позиций Н.А. Некрасовой, О.А. Губаревой (2011), адаптационный потенциал представляет собой степень открытых творческих и личностных возможностей индивида включаться в новые меняющиеся условия социальной среды (в том числе и кризисные). На этом основании они вслед за С.Т. Посоховой (2001) описывают пять составляющих адаптационного потенциала личности. Первая составляющая – биопластическая – отражает эволюционно закрепленные целесообразные формы жизнедеятельности человеческого организма и врожденные энергетические ресурсы. Вторая – биографическая – это индивидуальная история жизни человека. Она аккумулирует микросоциум и ту микрокультуру, где рождается и куда погружается человек на ранних этапах своего жизненного пути. Третья – психический компонент адаптационного потенциала, который обеспечивается скрытыми и реальными возможностями человека, позволяющими отражать объективную реальность во всем ее многообразии и регулировать различные взаимоотношения с ней и с самим собой, сохранять собственную целостность, самосовершенствоваться и самообразовываться. Четвертая составляющая личностного адаптационного потенциала – сложившаяся система личностной регуляции (личностно-регулятивный компонент), которая дает возможность не только управлять своим поведением в соответствии с нормативными требованиями общества, достигать необходимого уровня успешности в профессиональной деятельности, но и развиваться, совершенствоваться. Пятая составляющая – творческие возможности личности.

В практическом плане под адаптационным потенциалом нередко понимается совокупность качественно своеобразных индивидуально-психологических свойств, набор которых неодинаков в различных исследованиях. Заключение о состоянии личностного адаптационного потенциала выводится в результате анализа уровневых характеристик этих свойств, объединенных в группу (Толстых Ю.И., 2011).

А.Г. Маклаков (2001), разрабатывая психодиагностический инструментарий для определения адаптационного потенциала

личности в экстремальной ситуации, выделил следующие важные для его объективизации психологические характеристики: нервно-психическую устойчивость, уровень развития которой обуславливает толерантность к стрессу; самооценку личности, являющуюся ядром саморегуляции и определяющую степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей; ощущение социальной поддержки, обуславливающее чувство личной значимости для окружающих (личностная референтность); особенности построения контакта с окружающими, характеризующие уровень конфликтности личности; опыт социального общения, выявляющий потребность в общении и возможность построения контактов с окружающими на основе имеющегося опыта; моральная нормативность личности, характеризующая степень ориентации на существующие в обществе нормы и правила поведения; ориентация на соблюдение требований коллектива (уровень групповой идентификации).

К основным чертам личностного адаптационного потенциала можно отнести и то, что он рассматривается как интегральная переменная, характеризующая совокупность индивидуально-психологических признаков, обуславливающих эффективность психической адаптации; имеет свойства сложной системы и, соответственно, системный анализ выступает основным подходом к его исследованию; включает не только наличные проявления адаптационных способностей, но и латентные свойства, которые могут проявиться при изменении содержания, силы и направления воздействия адаптогенных факторов; определяет границы адаптационных возможностей личности и устойчивости к воздействию факторам, содержит предпосылки к некоторому диапазону ответных адаптационных реакций; связан с возраст-психологическими особенностями, при этом собственная активность личности выступает в качестве условия, регулирующего меру реализации потенциальных возможностей (Богомолов А.М., 2008).

Как показывает анализ литературных источников, в современных исследованиях проблем здоровья человека можно выделить две группы подходов в изучении адаптационного потенциала личности – медико-биологические и психологические. Если, согласно первой группе подходов, адаптационный потен-

циал соотносится с функциональным состоянием организма, обладающим определенными возможностями адекватного реагирования на неблагоприятные факторы, то в основе психологических концепций адаптационного потенциала лежит обращение к многообразным сочетаниям индивидуально-психологических характеристик личности. Многие авторы также характеризуют адаптивный потенциал как интегральное понятие личности.

Работы по адаптации занимают важное место в исследованиях здоровья у больных и здоровых (Николаев Е.Л. с соавт., 2010; Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л., 2012; Романов С.Н. с соавт., 2012). При изучении проблем психического здоровья и в их профилактике особую значимость имеет исследование адаптационного потенциала личности с учетом особенностей ее регуляторной деятельности, ее адаптационных ресурсов и специфики жизненных условий, в которой находится личность, т.е. всего того, что характеризует ее способность к формированию, коррекции и трансформации жизненного опыта, детерминирующего переживание и поведение человека в конкретной ситуации.

Литература

1. *Алехин А.Н.* Адаптация как концепт в медико-психологическом исследовании // Юбилейный сборник научных трудов (к 10-летию кафедры клинической психологии РГПУ имени А.И. Герцена). СПб., 2010. С. 27-32.
2. *Беребин М.А.* Концепция отношений В.Н. Мясичева и теория психической адаптации личности в медицинской психологии (часть II) // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер.: Психология. 2009. № 30 (163). С. 70-75.
3. *Березин Ф.Б.* Психологическая и психофизическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 260 с.
4. *Богомолов А.М.* Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. 2008. № 1. С. 67-73.
5. *Добряк С.Ю.* Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. 202 с.
6. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. Психологическая антропология стресса. М.: Акад. проект, 2009. 944 с.

7. *Кузнецова Л.Э.* Влияние системы отношений личности на адаптационный потенциал сотрудников милиции, переживших экстремальные ситуации: дис. ... канд. психол. наук. Краснодар, 2011. 222 с.
8. *Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л.* Система многоуровневой адаптации личности при болезни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 93-104.
9. *Ларионова С.А.* Профессионально-психологический отбор кандидатов на службу в органы внутренних дел на основе диагностики социально-психологической адаптированности личности: дис. ... канд. психол. наук. М., 2001. 274 с.
10. *Ларионова С.А.* Социально-психологическая адаптация личности: теоретическая модель и диагностика: монография. Белгород, 2002. 200 с.
11. *Леонтьев Д.А.* Личностное в личности: личностный потенциал как основа // Учен. зап. кафедры общей психологии МГУ имени М.В. Ломоносова / под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. Вып. 1. С. 56-65.
12. *Маклаков А.Г.* Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 1. С. 16-24.
13. *Медведев В.И.* Адаптация человека. СПб.: Ин-т мозга человека РАН, 2003. 584 с.
14. *Налчаджян А.А.* Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы, стратегии). Ереван, 1988.
15. *Некрасова Н.А.* Формирование адаптационного потенциала молодежи в процессе модернизации российского социума [Электронный ресурс] // Молодёжь и наука: сборник материалов 6-й Всерос. науч.-техн. конф. студ., аспирантов и молодых учёных. Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2011. Режим доступа: <http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2010/section7.html>
16. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 4. С. 164-170.
17. *Петровский В.А.* Психология неадаптивной активности. М., 1992. 224 с.
18. *Посохова С.Т.* Психология адаптирующейся личности: субъектный подход: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2001. 393 с.
19. *Реан А.А.* Психология адаптации личности. СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. 479 с.

20. *Рогачева Т.В.* Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ: на материале болезней и нарушений системы кровообращения: дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2004. 399 с.
21. *Розов В.И.* Психологический анализ адаптивности в экстремальных ситуациях: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Киев, 1993. 19 с.
22. *Розум С.И.* Психология социализации и социальной адаптации человека. СПб.: Речь, 2006. 365 с.
23. *Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В.* Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чуваш. ун-та. 2012. № 3. С. 469-473.
24. *Соловьева С.Л.* Ресурсы личности [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 2. Режим доступа: <http://medpsy.ru>
25. *Сороко С.И.* Индивидуальные стратегии адаптации человека в экстремальных условиях // Физиология человека. 2012. Т. 38, № 6. С. 78-86.
26. *Толстых Ю.И.* Современные подходы к категории "адаптационный потенциал" // Известия ТулГУ. Гуманит. науки. 2011. № 1. С. 493-496.
27. *Трифоновна Е.А.* Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности // Известия Рос. гос. пед. ун-та имени А.И. Герцена. 2013. № 155. С. 71-83.
28. *Ушаков И.Б.* Адаптационный потенциал человека // Вестн. Рос. акад. мед. наук. 2004. № 3. С. 8-13.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ
И САООТНОШЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ
ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ**

Л.Н. Юрьева, Н.А. Демура, Н.Е. Коломоец, Н.Г. Кушнир

*Днепропетровская медицинская академия,
Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением,
Днепропетровск, Украина*

В процессе проведения принудительного лечения оценка психического состояния традиционным клинико-психопатологическим методом, несмотря на его большую значимость, бывает затруднена в силу того, что у этой категории больных особенно отчетливо выражено сочетание проявления болезненного процесса с компенсаторными и защитными механизмами личности. Динамика формирования и становления психопатологических проявлений также неразрывно связана со всем личностным опытом больного, преломляющимся через его индивидуальные особенности [15].

Изучение Я-концепции личности больного очень важно, так как представление о себе, образ "Я" является итоговой характеристикой работы личности в познании самой себя, в отношении к себе и своему месту в жизни на каждом этапе развития личности.

При шизофрении ведущим компонентом патопсихологического синдрома являются нарушения потребностно-мотивационных характеристик регуляции психической деятельности и поведения. Нарушение этого ведущего компонента проявляется в снижении социальной направленности личности, что является основным интегративным, смыслообразующим качеством личности, ее ядром [5].

Изменяя психическую деятельность человека, болезнь при определенных условиях приводит к изменению личностного компонента. Происходит формирование новых мотивов, изменяются соотношения потребностей, мотивов, их содержание и

иерархия, переживания. Обращаясь к изучению и исследованию нарушений личности, вызванных психическими заболеваниями, мы опирались на предположение Б.В. Зейгарник [2] и ее учеников (Вайнрух Ф.А., Назаров И.Н., Коченов М.М., Николаева В.В.) о том, что общие, принципиальные закономерности психической деятельности и здоровых, и больных людей едины, что и создает основу для сравнения особенностей их личности и поведения.

Недостаточная разработанность проблемы нарушений личностного компонента и мотивации, побудительной и смыслообразующей функций мотива, саморегуляции и критичности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, а также нужды практики обусловили выбор темы нашего исследования.

Целью нашей работы стало исследование смысложизненных ориентаций, самоотношения и уровня притязаний больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.

Материалы и методы исследования. Методологической основой нашего исследования стали теоретические положения, раскрывающие психологические аспекты самосознания личности (структурная модель самости И.С. Кона [4]; самосознание как психический процесс согласно теории И.И. Чесноковой [13]; теория диспозиционной регуляции поведения В.О. Ядова [16]; концепция уровневой структуры самосознания В.В. Столина [10]; трёхуровневая структура индивидуальности Б.Г. Ананьева как целостное образование с определенной организацией свойств [1]). Согласно этим идеям мы придерживаемся мысли о том, что самосознание – это прежде всего процесс, с помощью которого человек познает себя и относится к самому себе. Но самосознание характеризуется также своим продуктом – представлением о себе – "Я-образом" или "Я-концепцией". Система ценностных ориентаций, образующаяся в процессе социализации, выступает в роли центрального звена сознания личности, как отношение личности к миру самой себя. Эта система является внутренним фактором, определяющим основу для выбора целей и средств деятельности, а также направленность этой деятельности.

Е.А. Козерацкая, исследуя нарушения самосознания больных шизофренией в условиях судебно-психиатрической экспертизы, выделяет три компонента самосознания: эмоциональный, когнитивный, регулятивный и подчеркивает, что каждый компонент самосознания вносит свой вклад в интегративную функцию критичности [3].

Обобщая взгляды предыдущих исследователей, мы выяснили, что в структуру самосознания входят: самопознание (самовосприятие, самоанализ, самонаблюдение, самоосмысление и самоотношение); эмоционально-ценностное отношение к себе, возникающее на основе переживаний в рациональные моменты самосознания; саморегуляция поведения, необходимым внутренним условием которой выступает самооценка [13].

Для достижения цели мы провели эмпирическое исследование, в котором приняли участие 120 лиц, объединенных в группы испытуемых по половому признаку и признаку психического здоровья. Обследуемые были объединены в 2 группы (по 30 лиц) мужчин и женщин, больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, и 2 контрольные группы (по 30 лиц) мужчин и женщин, психически здоровых. Возраст исследуемых составил от 20 до 55 лет, образование – 9 классов, среднее, среднеспециальное, высшее. Продолжительность заболевания составила от 2 до 15 лет. Больные шизофренией совершили общественно опасные деяния (согласно Уголовному кодексу Украины): по ст. 115 (умышленное убийство) – 28 женщин и 16 мужчин; по ст. 121 (умышленное тяжкое телесное повреждение) – 2 женщины и 9 мужчин; по ст. 122 (умышленное средней тяжести телесное повреждение) – 3 мужчины; по ст. 345 (угроза или насилие в отношении работника правоохранительного органа) – 2 мужчины.

Для исследования мы воспользовались тестом смысло-жизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева [8], методикой исследования самоотношения (МИС) С.Р. Панталева-В.В. Стоина [11] и методикой "Моторная проба" Й. Шварцландера.

"Моторная проба" Й. Шварцландера определяет уровень притязаний на основе подсчитывания среднего значения целевого отклонения (ЦО). Уровень притязаний является важным структурообразующим компонентом личности. Это довольно

стабильное индивидуальное качество человека, характеризующее, во-первых, уровень сложности задач, избираемых человеком; во-вторых, выбор субъектом цели очередного действия в зависимости от переживания успеха или неудач в предыдущих действиях; в-третьих, желательный уровень самооценки личности. Исследование позволяет определить уровень и адекватность притязаний. Уровень притязаний связан с процессом целеполагания и является степенью локализации цели и возможностей человека.

Результаты и их обсуждение. Понятие "жизненное самоопределение" исследовали Д.А. Леонтьев [7], А. Маслоу [9], В. Франкл [14] и др. Теоретическое обоснование и исследовательское изучение самоотношения среди отечественных авторов мы находим в работах И.И. Чесноковой [13], В.В. Столина [10], С.Р. Пантилеева [10]. Они интерпретируют самоотношение как структурный компонент акта самосознания (Чеснокова И.И.); как переживание, относительно стойкое чувство, пронизывающее самовосприятие и "Я-образ" (Столин В.В.); как обобщенное чувство субъекта в адрес собственного "Я" (Пантилеев С.Р.). Основой самоотношения становится потребность в самоактуализации; собственное "Я", собственные черты и качества оцениваются по отношению к мотивам, отражающим потребность в самореализации, и рассматриваются как её условие. Поддержка стабильного самоотношения обеспечивает возможность постоянной стратегии в становлении к самому себе, выражающейся как во внешней, социально-предметной деятельности, так и во внутриличностной активности.

Уровень притязаний исследовали разные авторы. В исследованиях А.Б. Холмогоровой (1983) [12] изучались особенности уровня притязаний больных шизофренией в зависимости от ведущего синдрома заболевания (неврозоподобный, психопатоподобный, параноидный). Динамика уровня притязаний у больных шизофренией была детально изучена в исследовании Н.С. Курека (1982). Автор раскрывает связь динамики уровня притязаний со снижением активности у больных и ростом шизофреничного дефекта [6].

Проведенное нами исследование показало, что в методике смысловых жизненных ориентаций (СЖО) как общие показатели

осмысленности жизни, так и результаты по шкалам (1 – цели в жизни; 2 – процесс жизни, эмоциональная насыщенность; 3 – результативность жизни и удовлетворенность самореализацией; 4 – локус контроля "Я"; 5 – локус контроля – жизнь) при сравнении между собой двух групп обследуемых женщин (психически здоровых и больных шизофренией) и мужчин (психически здоровых и больных шизофренией) выявили значащие различия по t-критерию Стьюдента (табл. 1, рис. 1-3).

Таблица 1
 Результаты исследования СЖО психически больных и психически здоровых женщин и мужчин по t-критерию Стьюдента

Шкалы СЖО	t-критерий Стьюдента	
	Женщины	Мужчины
Шкала 1 – Цели в жизни	6,4294	5,0882
Шкала 2 – Процесс жизни	5,1266	3,4455
Шкала 3 – Результативность жизни	6,9707	5,3676
Шкала 4 – Локус контроля "Я"	4,2484	4,2549
Шкала 5 – Локус контроля – жизнь	6,0286	3,5311
Общий показатель осмысленности жизни	5,4899	5,5817

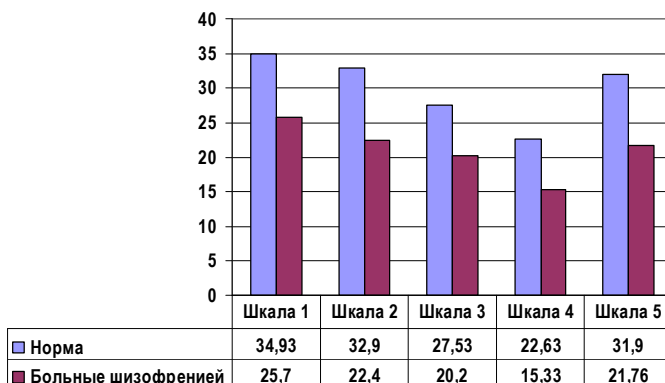


Рис. 1. Средние показатели основных шкал СЖО у женщин

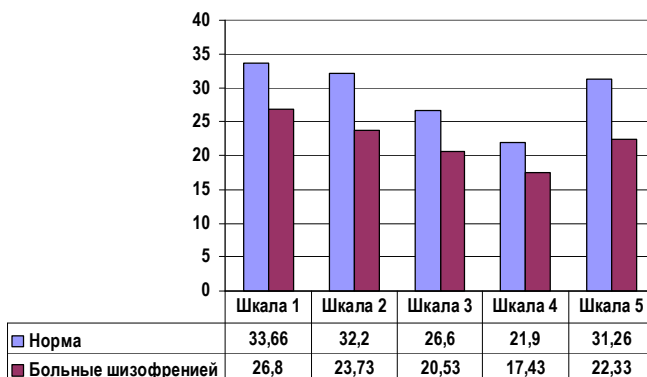


Рис. 2. Средние показатели основных шкал СЖО у мужчин

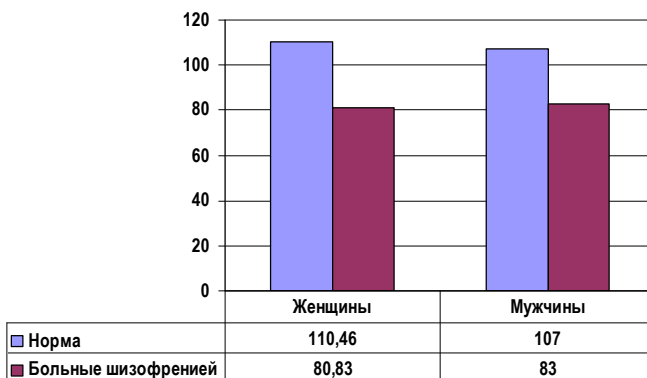


Рис. 3. Средние показатели шкалы общего показателя осмысленности жизни (ОПОЖ) у мужчин и женщин в сравниваемых группах

Эти результаты нашего исследования совпадают с результатами исследования Дж. Крамбо (1968), который с целью валидации теста "Цель в жизни" обследовал 6 клинических групп (больные с невротическими и психотическими нарушениями и госпитализированные больные шизофренией). Результаты исследования Дж. Крамбо выявили в целом высокозначимые различия между "нормальными" и клиническими подвыборками. Среди клинических групп наиболее высокие результаты выявились у больных шизофренией.

Полученные результаты по методике исследования самоотношения (МИС) у различных групп обследуемых представлены в таблице 2.

Таблица 2
Сравнительные результаты исследования самоотношения (МИС) психически больных и психически здоровых

Шкалы МИС	Психически здоровые		Больные шизофренией	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Шкала 1 Открытость	7,16	6,56	6,5	7,23
Шкала 2 Самоуверенность	7,16	6,76	6,03	5,9
Шкала 3 Саморуководство	7,5	6,83	6,7	6,9
Шкала 4 Отраженное самоотношение	6,63	7	6,26	6,6
Шкала 5 Самоценность	7,83	6,23	6,66	6,23
Шкала 6 Самопринятие	7,8	6,4	7	7
Шкала 7 Самопривязанность	7,63	8,6	6,8	6,56
Шкала 8 Внутренняя конфликтность	6,5	4,53	6,66	6,1
Шкала 9 Самообвинение	3,86	4,86	6,46	5,66

У женщин показатели по t-критерию Стьюдента выявили наличие статистически значащих различий по шкалам 2 (самоуверенность) – 3,7874; 4 (отраженное самоотношение) – 4,8167; 5 (самоценность) – 2,5529; 8 (внутренняя конфликтность) – 6,2586 и 9 (самообвинение) – 7,1764. У мужчин показатель t-критерия Стьюдента выявил наличие статистически значащего различия по шкале 8 (внутренняя конфликтность) – 3,8486 (рис. 4, 5).

Среди изученной нами литературы мы не нашли других исследований, в которых изучались бы проблемы самооотношения среди больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.

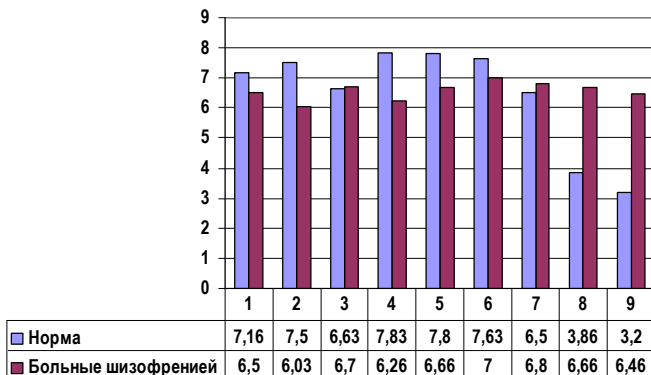


Рис. 4. Средние показатели шкал МИС у женщин

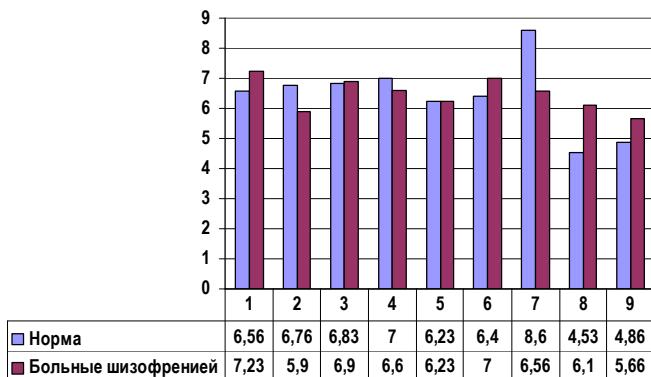


Рис. 5. Средние показатели шкал МИС у мужчин

Полученные результаты по методике "Моторная проба" Шварцландера выявили, что у женщин, психически здоровых и больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, средний показатель целевого отклонения в группе психически здоровых женщин намного выше. Показатель t-критерия Стьюдента выявил наличие статистически значащих

различий – 4,0914. Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень притязаний у психически здоровых женщин преимущественно средний и низкий, а у женщин, больных шизофренией, – преимущественно низкий и нереально низкий; у мужчин, психически здоровых и больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, средний показатель целевого отклонения значительно выше, чем у психически здоровых мужчин (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительные результаты уровня притязаний психически больных и психически здоровых

Уровень притязаний	Психически здоровые		Больные шизофренией	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
Высокий	1	–	3	–
Средний	13	14	1	3
Низкий	15	12	19	17
Нереально низкий	1	4	7	10

Как видно в таблице 3, у психически здоровых мужчин уровень притязаний преимущественно средний и низкий, а у мужчин, больных шизофренией, – преимущественно низкий и нереально низкий (рис. 6).

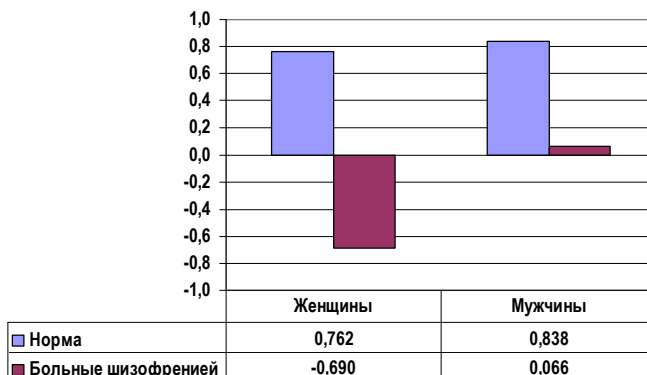


Рис. 6. Результаты выполнения моторной пробы мужчинами и женщинами сравниваемых групп

У больных шизофренией практически не было выявлено зависимости выбора цели задания от успешного или неуспешного предыдущего решения. Эти результаты нашего исследования совпадают с результатами исследования Б.И. Бежанишвили (1967), который показал, что у этой категории испытуемых уровень притязаний не формировался вообще, не выявлялась и адекватная самооценка своих возможностей. Неадекватность уровня притязаний способна привести к дезадаптивному поведению, к неэффективности любой деятельности, к трудностям в межличностных отношениях. Снижение уровня притязаний, которое развивается вследствие дефицита социально значащего успеха, может выявить понижение мотивации, неуверенность и глобальную боязнь трудностей.

Выводы:

1. Исследование смысложизненных ориентаций у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, выявило общий низкий уровень осмысленности жизни данной категории испытуемых и значительное снижение у них мотивации к поискам смысложизненных целей.

2. Исследование самоотношения у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, выявило значительное нарушение у них опосредованности (саморегулирования) и критичности (как одного из аспектов самосознания), о чем свидетельствуют низкие показатели по шкалам самоуверенности, отраженного самоотношения, самооценности, самопринятия, самопривязанности. В то же время у данной категории испытуемых выявлено повышение показателей по шкалам внутренней конфликтности и самообвинения при сравнении с психически здоровыми лицами.

3. Исследование уровня притязаний у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, выявило у них значительное снижение уровня притязаний (у психически больных он преимущественно низкий и нереально низкий по сравнению с психически здоровыми людьми). У больных шизофренией практически не было выявлено зависимости выбора цели задания от успешного или неуспешного предыдущего решения.

4. Статистическая обработка результатов исследования по t-критерию Стьюдента свидетельствует о том, что показатели смысложизненных ориентаций, самоотношения и уровня притязаний больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, в целом имеют значительно большие различия у психически больных женщин в сравнении с психически больными мужчинами, что, на наш взгляд, является интересной тенденцией и нуждается в дальнейшей проверке.

5. Полученные результаты могут быть применены для создания программ индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными шизофренией, совершившими общественно опасные деяния, в условиях принудительной изоляции и явиться основанием для прогнозирования процесса ресоциализации этих больных.

Литература

1. *Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания. Л., 1968. 338 с.
2. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология: учеб. пособие для вузов. 2-е изд. пер. и доп. М., МГУ, 1986. 288 с.
3. *Козерацкая Е.А.* Исследование нарушения самосознания у больных шизофренией в условиях судебно-психиатрической экспертизы // Журн. психиатрии и мед. психол. 1999. № 2 (6). С. 46-49.
4. *Кон И.С.* В поисках себя: личность и её самосознание. М.: Политиздат, 1984. 335 с.
5. *Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.
6. *Курек Н.С.* Исследование снижения психической активности у больных шизофренией на материале процессов целеобразования и целедостижения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1982.
7. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 1999. 487 с.
8. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 2000. 18 с.
9. *Маслоу А.* Психология бытия. М., 1997.
10. *Общая психодиагностика* / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 304 с.

11. *Пантилеев С.Р., Столин В.В.* Методика исследования самоотношения // Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методы. М., 1989. С. 166-172.
12. *Холмогорова А.Б.* Нарушение рефлексивной регуляции познавательной деятельности у больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1983.
13. *Чеснокова И.И.* Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977. 144 с.
14. *Франкл В.* Людина в пошуках граничного сенсу // Гуманістична психологія: в 3 т. Т. 1. Гуманістичні підходи в західній психології 20 ст. Київ, 2001.
15. *Юрьева Л.Н.* Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния. Київ, Український НДІ соціальної та судової психіатрії (російською мовою), 1996. 146 с.
16. *Ядов В.А.* О диспозиционной регуляции социального поведения личности // Социальная психология: хрестоматія: учеб. пос. для студ. вузов / Сост. Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. М.: Аспект Пресс, 1999. С. 416-432.

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

КВЕТИАПИН: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПРИЗНАКАМИ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ (ПРИНУДИТЕЛЬНОМ) ЛЕЧЕНИИ

О.Ф. Ерышев, И.В. Кравчено

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева
Санкт-Петербургская психиатрическая больница
специализированного типа с интенсивным наблюдением,
Санкт-Петербурге*

Практикующим врачам все чаще приходится сталкиваться с полиморфизмом клинических проявлений у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении и представляющих особую социальную опасность [3, 5, 6, 8, 13]. Нередко только от умения врача распознать в мозаичной структуре психопатологических переживаний таких пациентов сохраняющуюся болезненную предрасположенность к противоправным действиям позволяет сохранить жизнь и здоровье как самого пациента, так и окружающих его людей. Одним из подобных болезненных состояний является несуицидальное аутоагрессивное поведение [1, 2, 3, 4, 12, 13]. В свою очередь, клиническая картина при параноидной шизофрении может осложняться воздействием экзогенных факторов, таких, как злоупотребление психоактивными веществами, перенесенные инфекционные заболевания и черепно-мозговые травмы [9, 10]. Формирующаяся при этом в отдаленном периоде органическая недостаточность (дисфункция) головного мозга не только ухудшает течение основного заболевания, но и затрудняет подбор адекватной медикаментозной терапии. В связи с этим особый прак-

тический интерес представляет способность кветиапина, как одного из наиболее распространенных нейролептиков современной генерации, воздействовать на разные аспекты несуицидального аутоагрессивного поведения (НААП) у больных параноидной шизофренией с признаками резидуальной дисфункции головного мозга, и проходящих стационарное (принудительное) лечение.

Цель и задачи исследования. Целью настоящего исследования послужило определение способности кветиапина влиять на несуицидальное аутоагрессивное поведение у больных параноидной шизофренией с признаками резидуальной дисфункции головного мозга, находящихся на принудительном лечении. Для этого проведен сравнительный анализ итогов терапии кветиапином и производными фенотиазинового и бутерофенонового ряда у данной группы больных. При этом кветиапин был представлен как оригинальным препаратом сероквель, так и его генерическими формами: кетилептом, кветиаксом.

В ходе исследования решались следующие **задачи**: 1) сравнить переносимость терапии кветиапином и производными фенотиазинового и бутерофенонового ряда обследуемыми лицами; 2) уточнить клинически эффективный уровень применяемых суточных доз препарата; 3) изучить динамику изменений НААП у данной группы больных в процессе долгосрочной терапии кветиапином.

Материалы и методы исследования. Всего исследовано 36 больных параноидной шизофренией с НААП, находившихся на принудительном лечении в Санкт-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением в период 2008-2011 годы. Средний возраст обследуемых составил $29,1 \pm 2,3$ года. Критериями включения в исследование служило: 1) реализация НААП в момент нахождения на стационарном принудительном лечении; 2) наличие клинически значимых остаточных явлений перенесенных экзогенных вредностей. К последним были отнесены эмоциональная лабильность, повышенная истощаемость и утомляемость, ригидность мышления; диффузные головные боли без подъема артериального давления, сопровождающиеся тошнотой и усиливающиеся при изменении барометрических показателей; непе-

реносимость душных помещений. В исследование не включались лица, совершившие суицидальные самоповреждения, а также аутоагрессивные действия в рамках асфиксиофилии. Все обследованные – мужчины. В период, следующий за непосредственной реализацией несуйцидальных аутоагрессивных действий, все больные в течение от 3 до 7 дней находились на парентеральном лечении хлорпромазином, галоперидолом и зуклопентиксолом-ацетатом.

В оценке исследуемых была использована классификация НААП по ведущему психопатологическому компоненту, согласно которой больные демонстрировали аффективный паттерн аутоагрессивного поведения [3]. В частности, дебют процессуального заболевания приходился на возраст $27,4 \pm 1,2$ года, протекал в форме стертых аффективных фаз с последующим формированием преимущественно приступообразно-прогредиентного типа его течения; В дальнейшем отмечалось доминирование в структуре развернутых психотических переживаний проявлений аффективно-бредового синдрома, а реализация самоповреждений происходила по пароксизмальному механизму развития [3]. Помимо собственно самоповреждающих действий в структуре НААП у больных на момент исследования отмечались поведенческие расстройства: угрозы вербальной агрессии; негативизм в виде отказа от приема лекарств; физическая агрессия; сексуальная расторможенность, включая склонность к гомосексуальным контактам; криминальное установочное поведение.

После купирования наиболее острых психопатологических переживаний, следующих за реализацией аутоагрессивных действий, и исчезновения угрозы жизни и здоровью, исследуемых переводили на пероральный прием следующих нейролептиков: хлопромазин (аминазин), перициазин (неулептил), галоперидол (галоперидол) и кветиапин (оригинальный препарат – сероквель, генерические формы – кетилепт, кветиакс). Из них 17 больных, принимавших кветиапин, вошли в основную группу, а 19 больных с назначениями традиционных нейролептиков – в контрольную группу. Определение уровня применяемых доз (малые, средние, высокие) проводилось в соответствие с действующими стандартами лечения психических расстройств в РФ [7].

Оценку психического состояния пациента клиническим методом проводили в течение месяца наблюдения на 7, 14, 21 и 28-й день исследования. Учитывая данные о единстве психопатологических механизмов агрессивного и аутоагрессивного поведения, а также низкий уровень самоконтроля обследуемых, дополнительно проводилась оценка агрессивности и импульсивности. Оценка агрессивности осуществлялась с помощью шкалы открыто проявляемой агрессии Юдовского (OASCL), оценки импульсивности – с помощью шкалы импульсивности Плучека (IS). Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программы Statistica.

Результаты исследования. Средняя суточная доза назначаемых препаратов составила: галоперидола – $26,3 \pm 1,1$, хлорпромазина – $420 \pm 6,2$, перициазина – $40,4 \pm 2,3$, кветиапина – $475,5 \pm 3,3$ мг/сут. Первым реализовывался неспецифический седативный эффект, отмечаемый преимущественно у больных, принимавших кветиапин (11 чел.), хлорпромазин (9 чел.), реже перициазин (3 чел.), и галоперидол (1 чел.). Данное действие препаратов требовало уменьшения скорости титрования доз, если оно не проходило самостоятельно к 14 дню. Вместе с тем у значительного числа (12 чел.) обследуемых контрольной группы при достижении заявленных суточных доз лекарственных препаратов отмечалось нарастание церебральных жалоб, в частности, усиление интенсивности и частоты приступов головной боли; дополнительно присутствовали неблагоприятные побочные реакции в форме нарастания акатизии, слюнотечения, дистонических реакций различной степени выраженности. Все это требовало дополнительного назначения данной группе больных ноотропов, церебральных вазоактивных препаратов, холинолитиков. И лишь у 2 больных, принимавших кветиапин, наблюдались побочные реакции в форме экстрапирамидных нарушений, а у 7 больных, наоборот, отмечалась редукция части церебральных проявлений без назначения дополнительных препаратов.

Выраженность поведенческих расстройств, таких, как негативизм в отношении приема лекарств, физическая и вербальная агрессия, снижалась быстрее в контрольной группе (7-й день), чем в основной группе (14-й день). Однако к концу исследова-

ния (28-му дню) больные основной группы, наоборот, опережали больных из группы сравнения по степени интенсивности редукции импульсивности и агрессивности. Наконец, к концу исследования устойчивая форма НААП в виде повторных самоповреждений отмечалась у 2 больных основной и 3 больных контрольной группы (рис. 1, 2).

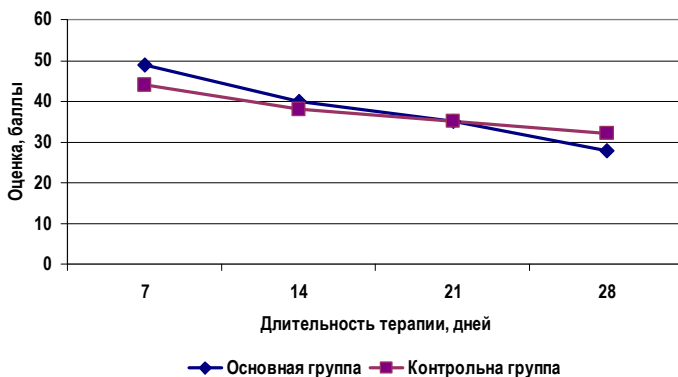


Рис. 1. Динамика импульсивности (оценка по шкале IS)

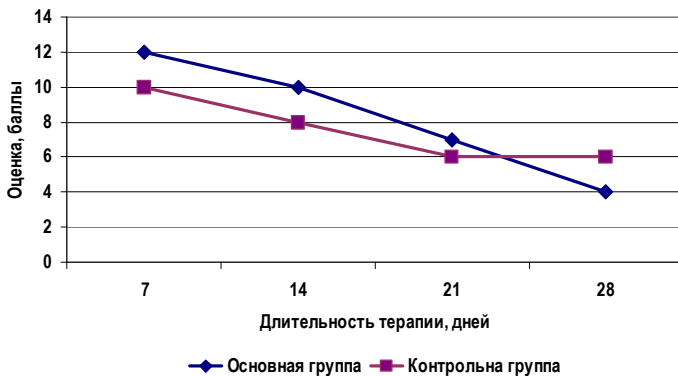


Рис. 2. Динамика открыто проявляемой агрессии (оценка по шкале OASCL)

Таким образом, положительный клинический ответ у больных параноидной шизофренией с НААП, находящихся на принудительном лечении, достигался при достижении среднего уровня суточных доз назначаемых нейролептиков. Причем у

больных, принимавших кветиапин, отмечалась как лучшая переносимость собственно препарата, так и более значимая редукция элементов НААП. Также можно предположить, что устойчивость к проводимой терапии криминальной составляющей поведения и, по-видимому, являющейся ее частью склонностью к гомосексуальным контактам, определяемая у большинства обследуемых обеих групп сравнения, в большей степени зависит от сформированного в преморбиде личностного стиля реагирования, обусловленного пребыванием в неблагоприятных социальных условиях. Это, в свою очередь, требует более активной интеграции психотерапевтической составляющей в схемы лечения таких больных.

Выводы. Препарат кветиапин обладает лучшей переносимостью по сравнению с производными фенотиазина и бутерофенона у больных параноидной шизофренией с НААП с признаками резидуальной дисфункции головного мозга, находящихся на принудительном лечении. Кроме того, препарат эффективен в отношении его влияния на различные компоненты НААП у данной группы больных в рамках долгосрочной терапии при использовании среднего уровня суточных доз указанного лекарственного средства. Это позволяет рекомендовать более широкое применение кветиапина для лечения и профилактики НААП у больных параноидной шизофренией в условиях принудительного лечения.

Литература

1. Антохин Г.А. Диагностика суицидального поведения при шизофрении // Актуальные проблемы суицидологии: сб. науч. тр. Московского НИИ психиатрии. М., 1981. С. 168-177.
2. Диагностика и профилактика суицидального поведения у больных шизофренией: методические рекомендации / МЗ РСФСР; сост. М.Б. Данилова, Т.Н. Пепеляева. М., 1987. 17 с.
3. Кравченко И.В. Несуицидальная аутоагрессия у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении: дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2011.
4. Левина С.Д. Несуицидальные самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007.

5. *Морозов Г.В.* Клинико-социальная основа профилактики опасных действий психически больных (по данным комплексных эпидемиологических исследований) / Г.В. Морозов, В.М. Шумаков // Эпидемиология нервных и психических болезней: тез. науч.-практ. конф. Воронеж, 30-31 янв. 1980 г. М., 1979. С. 180-183.
6. *Мохонько А.Р., Самсонова И.В.* Факторы, способствующие совершению повторных общественно опасных действий больными шизофренией // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект): сб. науч. тр. ВНИИ общ. и суд. психиатрии имени В.П. Сербского. М., 1983. С. 53-61.
7. *Об утверждении* клинического руководства "Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств": пр. Министерства здравоохранения РФ № 311 от 6 августа 1999.
8. *Bogue J., Powell K.* Suicide in Scottish prisons, 1976-1993 // *J. Forensic Psychiatry.* 1995. Vol. 6. P. 527-540.
9. *Caldwell C.B., Gottesman H.* Schizophrenia – a high-risk factor for suicide clues to risk reduction // *Suicide Life Threat. Behav.* 1992. Vol. 22. P. 479-493.
10. *Cohen L.J. et al.* Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study // *Am. J. Psychiatry.* 1990. Vol. 147, N 5. P. 602-607.
11. *Matson J.L., Lovullo S.V.* A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders // *Behavior Modification.* 2008. Vol. 32. P. 61-76.
12. *Messer J.M., Fremouw W.J.* A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents // *Clinical Psychology Review.* 2008. Vol. 28. P. 162-78.
13. *Joukamaa M.* Prison suicide in Finland, 1969–1992 // *Forensic Science International.* 1997. Vol. 89. P. 167-174.

ПСИХОТЕРАПИЯ СУИЦИДОПАСНОГО КРИЗИСА: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ

И.А. Погодин

Институт Гештальта, Минск, Белоруссия

Пожалуй, наиболее важное значение для терапии, в фокусе внимания которой находятся суицидальные тенденции, имеют несколько факторов. Во-первых, это представление о конфликтной ситуации (предполагающей либо внешний, социальный, либо внутренний конфликт), лежащей в основе суицидального поведения, как уникальной. Другими словами, человек переживает ситуацию как безвыходную ввиду убежденности в том, что с подобным до сих пор никто никогда не сталкивался. Причем убеждать человека в обратном оказывается бесполезно. Во-вторых, фиксирует человека в безысходности представление о невыносимости психической боли, которая в какой-то момент оказывается сильнее желания жить, доводя человека до отчаяния. В-третьих, адаптационные ресурсы человека (в смысле способности к творческому приспособлению) истощены, ограничены или фиксированы внутри адаптационной модели, принявшей суицидальную конфигурацию. Начиная разговор о психотерапии, остановимся более подробно на всех этих факторах и их влиянии на терапевтический процесс по отдельности. Центральной категорией предлагаемого вашему вниманию анализа модели психологической помощи суицидентам будет выступать процесс переживания [3], психотерапевтический же метод будет носить феноменологический диалоговый характер, свойственный гештальт-подходу [10].

Модель психологической помощи в суицидоопасной ситуации

Представление об уникальности суицидогенной ситуации. Как правило, ситуация, в которой оказался суицидент, представляется ему совершенно уникальной, такой, с которой никто никогда не сталкивался. Такое представление может существовать

и определять поведение человека вне зависимости от "объективных" свидетельств об обратном. В острый суицидоопасный период никакие рациональные доводы, нивелирующие уникальность ситуации, не имеют сколько-нибудь выраженного терапевтического значения. Более того, их использование в целях психологической помощи скорее разрушает основания для терапевтического контакта. Ведь феноменологически мы имеем дело с совершенно уникальной ситуацией поля, отличной от того, как представляется и интерпретируется она нами¹. Уникальность сложившейся феноменологической ситуации является не иллюзией или бредом душевно нездорового человека, а реальностью его существования. Кроме того, следует учитывать, что процесс переживания (который, собственно говоря, и является нашей целью [3]) может основываться лишь на феноменах self, имеющих отношение к текущему контексту феноменологического поля. В связи с этим первым принципиально важным шагом в терапии суицидального поведения является принятие этой феноменологической реальности клиента. Любая другая интервенция не имеет отношение к терапии, основанной на контакте, поскольку ее базовое основание (имеется в виду сам контакт) разрушается. Настоящий терапевтический тезис, очевидно, имеет расхождения с существующим в суицидологической литературе представлением о терапевтически необходимой первичной задаче снятия уникальности ситуации посредством конфронтации с ней, приведения "очевидных фактов", противоречащих такому представлению, "поддержки" примерами из жизни других людей или самого терапевта и т.д. Такая нарциссическая (в

¹ В этой части статьи хотелось бы провести более ясную границу между полем физическим и полем феноменологическим. Феноменологическое поле естественным образом отличается от физического наличием взаимного опосредования между его феноменами и интенциями человека. Именно чувства, желания, представления, образы, поведенческие паттерны, элективные намерения человека и т.д. определяют особенности функционирования феноменологического поля [1; 2]. Таким образом, речь идет не столько о сложившейся социальной ситуации, сколько о контексте феноменологического поля, т.е. ситуации "поле – self".

смысле игнорирования реального положения вещей и стремления изменить "неудобную" реальность) ориентация психологической помощи заставляет человека становиться кем-то другим, а не оставаться тем, кем он сейчас является. Таким образом, эта тенденция манипулятивного характера заставляет человека бежать от самого себя. Естественно, что стоит распрощаться в этом случае с надеждами на восстановление процесса переживания. Тезисы парадоксальной теории изменений А. Бейссера верны здесь как никогда прежде: "...изменение происходит тогда, когда человек становится тем, кем он есть [является], а не тогда, когда старается быть тем, кем не является. Изменения не возникают посредством принудительной попытки самого индивида или другого человека изменить его, но они происходят, если тот находит время и силы быть тем, кем он есть [является] – полностью отождествить себя с тем, что происходит с ним в настоящем. Отрицая какую-то особую роль агента изменений, мы делаем возможным осмысленные и регулярные изменения" [4].

Таким образом, подводя итог вышесказанному, следует отметить, что первым шагом в терапии суицидоопасного кризиса является полное и безусловное принятие уникальности феноменологической картины кризиса. Сказанное, естественно, подразумевает также принятие представления клиента о событии, лежащем в основании суицидального поведения, как совершенно уникальном, несмотря на убежденность терапевта (исходящего, естественно, из своей "феноменологической карты") в обратном. Не стоит спешить в терапии, преждевременно фасилитируя разрешение конфликта уникальности, поскольку в этом случае процесс переживания суицидогенного события может оказаться затрудненным, или, в худшем случае, заблокированным вовсе. Только после принятия феноменологической реальности, в которой "живет" клиент, оказывается возможным освобождение процесса переживания суицидогенного события, которое, как правило, начинается с восстановления чувствительности к психической боли.

Психическая боль и ее переживание. Несмотря на то что представление о ведущей роли невыносимой психической боли в генезе суицидального поведения является общим местом в суицидологии [5; 6; 7; 8], важнейшим фактором, опосредующим

суицидальным риск, является не столько сама по себе психическая боль, сколько блокированный процесс ее переживания. Таким образом, слово "невыносимая" в словосочетании "невыносимая психическая боль" оказывается центральным для феноменологии суицидального поведения. Семантика "невыносимости" может иметь по крайней мере два источника. С одной стороны, слово "невыносимость" имеет значение, относящееся к тяжести груза, который представляется неподъемным. С другой – "невыносимость" предполагает субъективную невозможность вынести феномен, к ней относящийся, в контакт¹. Причем, на наш взгляд, оба значения данного слова взаимосвязаны. Так, при вынесении некоторого феномена, относящегося к любой из функций self, в контакт, он перестает восприниматься человеком в качестве непереносимого по своей тяжести груза. Сказанное имеет прямое отношение к феномену психической боли.

Боль, остановленная в своем переживании, удерживает в связанном виде огромный объем психического возбуждения, относящегося, как уже отмечено, к различным фрустрированным потребностям и соответствующим эмоциональным феноменам. При невозможности восстановить спонтанную динамику боли в переживании с каждым днем объем удержанного возбуждения растет, увеличивая тем самым психическое давление и замыкая порочный круг нарушения творческого приспособления: "блокированное переживание – психическая боль – еще большая фрустрация переживания – еще более выраженная боль". В итоге психическая боль перестает быть выносимой и начинает конкурировать с желанием жить, которое естественно сохраняется у каждого суицидента вплоть до последних минут его жизни². Конечно же, возможно, что в определенный момент блокированная в переживании психическая боль окажется сильнее витальных сил. Такая ситуация становится чрезвычайно

¹ Именно на этом основано разделение эмоциональных феноменов на "аутичные" и контактные, предложенное нами ранее [9].

² Этот фактор *априорной витальности* может и должен быть использован в терапии суицидоопасного психологического кризиса.

сиуицидоопасной и нередко заканчивается летально в результате успешной попытки самоубийства. Учитывая это, одной из важнейших задач терапии суицидального поведения, разворачивающегося на фоне психической боли, является легализация боли с последующим восстановлением процесса ее переживания. Ведущим терапевтическим фактором в этом процессе выступает сам терапевтический контакт. Боль клиента, размещенная в контакте с терапевтом, рассказанная лично терапевту и только для него при условии собственной способности терапевта к присутствию и контакту в этот момент с течением времени перестает быть невыносимой и может быть пережита. Необходимо отметить, что присутствие терапевта предполагает не только и не столько физическое присутствие в пространстве терапии, сколько способность терапевта спонтанным и творческим образом обращаться со своими переживаниями, возникающими в динамике терапевтического процесса [10, 11]. Естественно, что терапевтическая работа с невыносимой психической болью предполагает не только высокую профессиональную подготовку терапевта, но и его способность обращаться адекватным образом с собственной болью, не утрачивая при этом свою чувствительность. Это важно, поскольку в терапии психической боли терапевт работает, собственно говоря, самим собой, своими собственными психическими шрамами, рубцами, своей болью. Именно способность и способ обращения терапевта со своей болью, думаю, является фактором, определяющим чувствительность терапевта.

Восстановление процесса переживания суицидогенного со- бытия (событий). Итак, переживание боли в свою очередь запускает заблокированные до этого момента динамические механизмы self, относящиеся к остановленным в переживании чувствам¹. Кроме того, этот процесс предполагает реабилитацию

¹ За освобождением в переживании психической боли, например, следуют заблокированные до этого переживания гнева, стыда, печали, зависти, но также нежности, любви, радости, удовольствия и т.д. – диапазон возникающих переживаний может оказаться на удивление широким, точнее, принципиально безграничным.

или трансформацию ценностей, смыслов, подвергшихся в суицидогенных событиях разрушению, а также восстановление из заблокированных интенций поведенческих и элективных паттернов. Другими словами, зачастую психическая боль выступает комплексным феноменом, маркирующим остановленный в своем протекании процесс переживания. В некотором смысле психическая боль оказывается единственными воротами в процесс восстановления переживания суицидогенного конфликта.

Таким образом, переживание психической боли не только освобождает id-динамику, но и инициирует personality- и ego-изменения. Например, утраченные или находящиеся под угрозой разрушения ценности и смыслы могут быть восстановлены или трансформированы в новые. Образы себя и окружающего мира, подвергшиеся деформации, также могут оказаться доступными для творческой динамики. Блокированная в хронических паттернах способность выбирать может быть восстановлена. Собственно говоря, это и выступает целью терапии на этом этапе. Терапевтический процесс при этом подчиняется феноменологическому подходу. Иначе говоря, основной задачей выступает обнаружение в феноменологическом поле возникающих self-феноменов, с тем чтобы дать им возможность развиться до уровня, потенциально в них присутствующего. Очень важно для терапевта не фасилитировать динамический процесс, исходя из своих собственных убеждений (несмотря на то что такого рода интенций избежать трудно), а ориентироваться на естественный self-процесс, доверяя ему. Причем динамика всех функций self размещается в едином процессе переживания, трансформации феноменов всех функций поддерживают друг друга и взаимообуславливают.

Восстановление адаптационных ресурсов self. Ранее уже отмечалось, что суицидальное поведение является следствием деформации адаптационной модели у человека [12]. Событие (или серия событий), спровоцировавшее суицидогенный конфликт, сформировало требования к адаптационным ресурсам self, превышающие их возможности. В такой ситуации существующие, т.е. известные в опыте человеку способы адаптации, оказались негодными (или были восприняты самим суицидентом как негодные). Творческие же ресурсы self оказались недос-

таточными, поскольку функция его была парализована заблокированной сильной токсической психической болью. Таким образом, как уже отмечалось выше, начал функционировать замкнутый круг нарушения творческого приспособления. Ввиду "психического паралича" его и учитывая заблокированную в переживании боль, самоубийство как предельный в своем абсурде способ адаптации к сложившейся ситуации поля выходит на первый план, занимая в иерархии адаптационной модели [12] ведущее положение. Выходом из сложившейся суицидоопасной ситуации могли бы стать, с одной стороны, реабилитация известных в опыте способов адаптации в поле, либо, с другой, – творческое формирование новых способов приспособления к ситуации. Оба этих фактора ревитализации имеют отношение к восстановлению способности к творческому приспособлению, реализуемой функцией его. Поэтому в терапевтическом фокусе на этом этапе терапии оказывается поддержание способности клиента совершать выбор, основываясь на своем процессе переживания. В случае, если self-интенции и сопутствующие им феномены (интроекции, проекции и т.д.) вступают в противоречие, необходимо поддерживать self в этом конфликте до появления состояния тупика (избегая преждевременного разрешения конфликта, например, ресурсами самого терапевта). Хрупкие зарождающиеся self-интенции в существующем феноменологическом поле нуждаются в значительной поддержке для того, чтобы развиться до уровня, способного определять адаптационный процесс в этом же поле, которое еще недавно носило характер, предрасполагающий к суициду. На этом этапе терапии, как правило, появляется гораздо больше попыток экспериментирования, задачей которых выступает поддержка функции его. Эксперименты начинают носить в большей степени социальный характер. Кроме того, в этом терапевтическом периоде клиент зачастую нуждается в тренинге адаптационных паттернов, сформированных в ситуации терапевтического эксперимента.

Иллюстрация описываемой модели

Вашему вниманию предлагается краткая иллюстрация терапевтической работы, основанной на предложенной модели психологической помощи. В ней вы можете обнаружить последова-

тельность терапевтического процесса, разворачивающегося в феноменологическом поле, и определяемого острыми суицидальными тенденциями, развернувшимися на фоне острого травматического события, переживаемого клиентом. Схематически эта последовательность может быть представлена следующей цепочкой: принятие уникальности феноменологической картины происходящего – восстановление чувствительности к психической боли – поддержка процесса переживания всех возникающих в поле феноменов (без элективной включенности фасилитатора с акцентом на естественной терапевтической динамике поля) – восстановление способности к творческому приспособлению.

Р., девушка 24 лет, обратилась за помощью в остром суицидальном кризисе. Несколько месяцев назад она столкнулась с чрезвычайным по силе событием в своей жизни – её молодой человек, за которого она собиралась замуж, трагически погиб в автокатастрофе. Р. потеряла всякий вкус к жизни, чувствовала себя опустошенной и уже длительное время пребывала в депрессии. Любые попытки переживания случившегося были ей недоступны. С горечью и болью в голосе она рассказывала, что никто ее не понимает и не может поддержать. Подруги пытались отвлечь ее внимание от события к другим делам и занятиям. Родители сказали нечто вроде: "Не расстраивайся, доченька. Ты найдешь себе еще лучшего парня, чем прежний". По всей видимости, и подруги и родители исходили из самых лучших побуждений, но по очевидным причинам, упоминавшимся выше, не могли присутствовать в жизни Р., поскольку исходили из отличной феноменологической ситуации. Для Р. же случившееся в ее жизни оказалось событием не просто трагическим, а совершенно уникальным (чего, кажется, не понимали или боялись понять ее близкие). Невозможность принять ситуацию в свою очередь блокировало процесс ее переживания. Моей первичной терапевтической задачей на этом этапе было немедленное принятие всей уникальности ситуации, в которой оказалась Р. Я сказал ей, что утрата, которую она понесла, безвозвратна и что я замечаю невозможность для Р. каким-либо образом в настоящий момент ее компенсировать. После этого Р. впервые посмотрела мне прямо в глаза и расплакалась, процесс переживания сейчас мог быть восстановлен. Р. рассказывала о той боли, которая не покидает ее ни на минуту. До сих пор ей приходилось "оставаться с невыносимой болью в одиночестве". Сейчас же боль могла быть размещена в отношениях с другим человеком, а, следовательно, быть пережита и облегчена.

Спустя некоторое время (прошло около двух месяцев терапии) глухая недифференцированная боль, которую Р. переживала в нашем контакте, постепенно начала трансформироваться в более дифференцированные переживания. Р. вдруг осознала сильное чувство ярости к погибшему, что очень удивило и смутило ее. Однако после моего комментария об отношении к этому чувству как к естественному Р. смогла выразить и пережить также и его. Вскоре ярость сменилась гневом, основным мотивом которого оказалось представление Р. о том, что погибший молодой человек ее бросил одну в мире, где она не находит никакого смысла для жизни. Первоначально существующий в связи с этим в фоне стыд и образ себя как "злой, жестокой и бесчувственной" трансформировались в образ "брошенной, ранимой и чувствительной" и ассимилировались в self. Социальная активность Р. стала понемногу восстанавливаться, хотя и с некоторыми сложностями, поскольку ей "трудно и почти невыносимо было находиться в обществе людей, которые могут радоваться жизни". Облегчение наступило тогда, когда Р. в общении с другими людьми перестала претворяться и стараться жить искусственной жизнью с целью адаптироваться к окружению любой ценой, а стала переживать свою собственную жизнь, какой бы тяжелой на этом этапе она ни была. На этом этапе терапии (около полугода с ее начала) суицидальные тенденции перестали быть столь острыми и постоянными, как это было вначале.

Далее в процессе переживания, поддерживаемого нами в терапии, появилась печаль, относящаяся к утрате близкого человека, и благодарность за то, что он был в жизни Р. В этот период терапии боль, испытываемая Р., перестала восприниматься ею как невыносимая, помимо нее стали появляться также феномены переживания, не связанные с произошедшим трагическим событием, а имеющие отношение к актуальному периоду жизни Р. Часть душевных сил молодой женщины смогла переместиться в процесс переживания событий, которые происходили в настоящее время. Суицидальные мысли больше не беспокоили Р., хотя она по-прежнему выглядела немного растерянной, хрупкой и ранимой. Спустя год после произошедшей трагедии шемпящая боль все еще, конечно же, жила в раненом сердце Р. Однако отчаяние, формирующее "кромешный ад существования", исчезло и больше не напоминало о себе.

Впервые за время после потери близкого человека в жизнь Р. понемногу стали возвращаться радость и удовольствие. В жизнь Р. также вернулись заблокированные длительное время представления о своей женской привлекательности, появилась симпатия к некоторым окружающим ее мужчинам. Это был значительный прогресс в терапии

Р., так как до этого момента любые сексуальные образы и фантазии вызывали у нее отвращение и почти фобию. На этом этапе терапии (около полутора лет с момента ее начала) появившееся сексуальное возбуждение также в первый момент сопровождалось некоторой выраженной смесью страха и стыда, поскольку интерпретировалось ею как предательство прежних, все еще самых ценных в ее жизни отношений. Витальная борьба страха и стыда с одной стороны и удовольствия и возбуждения, с другой – продолжалась некоторое время. Мы не спешили разрешать этот конфликт фасилитацией какой-то одной "правды". Преждевременное разрешение конфликта до образования тупика, на мой взгляд, оказалось бы очередным нарциссическим (в смысле предательства естественного процесса переживания) проектом травмированного человека, что неизбежно повлекло бы за собой "травматический откат" в виде невозможности ассимиляции сформированного в процессе терапии опыта и хронификации "побежденной self-тенденции" (будь то удовольствие, или, наоборот, стыд) в неосознаваемой психической оппозиции. Однако вскоре в процессе терапии для Р. оказалось возможным пережить мучительное состояние тупика, релевантного этому выбору, и интегрировать образ себя как "преданной и любящей женщины" и возникающие у нее сексуальные переживания. Из "пепла сжигающей боли трагедии" родилась женщина, "имеющая право на любовь". В настоящее время Р. встречается с молодым человеком, который ей нравится, и они собираются пожениться. Для прохождения вместе этого нелегкого пути от "очарованностью" дыханием смерти почти навязчивого свойства до восстановления витальности жизни нам понадобилось около двух лет.

Представленная терапевтическая виньетка иллюстрирует процесс терапии клиента с острыми и значительно выраженными опасными суицидальными тенденциями, внутренним содержанием которых являлся заблокированный в своем протекании процесс острого горя. Тем не менее предложенная в статье модель психологической помощи людям в суицидоопасном кризисе оказывается эффективной также и в других случаях, имеющих различную феноменологическую картину.

Литература

1. *Гуссерль Э.* Избранные работы / сост. В.А. Куренной. Серия "Университетская библиотека Александра Погорельского". М.: Территория будущего, 2005. 464 с.
2. *Робин Ж.-М.* Теория гештальт-терапии в развитии. Воронеж, 2006. 114 с.
3. *Погодин И.А.* Переживание в этиологии психической травмы // Психическая травма и переживание: гештальт-терапия кризиса. Вестник гештальт-терапии: спец. авт. вып.: сб. статей. вып. 7 / под ред. И.А. Погодина и др. Минск, 2008. С. 6-16.
4. *Бейссер А.* Парадоксальная теория изменений / пер. с англ. А.Н. Моховикова // Гештальт-2001. М.: МГИ, 2001. С. 6-14.
5. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.
6. *Суицидология: прошлое и настоящее* // Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. 569 с.
7. *Моховиков А.Н.* Психическая боль. Природа, диагностика и принципы гештальт-терапии // Гештальт-2004: сб. материалов Московского Гештальт-института. М.: МГИ, 2004. С. 35-54.
8. *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
9. *Погодин И.А.* Феноменология и динамика ранних эмоциональных проявлений // Журн. практ. психолога: спец. выпуск Белорусского Института гештальта. № 1. 2008. С. 61-80.
10. *Погодин И.А.* Некоторые аспекты гештальт-терапии присутствием // Вестник гештальт-терапии. Вып. 4. Минск, 2007. С. 29-34.
11. *Погодин И.А.* Близость как отношения на границе контакта // Вестник гештальт-терапии. Вып. 6. Минск, 2007. С. 42-51.
12. *Погодин И.А.* Суицидальное поведение: психологические аспекты. М.: Флинта, 2008. 336 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

СКРИНИНГ САМООЦЕНКИ РЕБЕНКА И ЕГО РОЛЬ В МОДЕЛИРОВАНИИ ВНУТРИГРУППОВОГО ПОВЕДЕНИЯ (ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Б.Д. Борохов, А.Д. Борохов

Многопрофильный госпиталь "ЭзраТ Нашим", Иерусалим, Израиль

Самооценка человека тесно связана с адекватным внутригрупповым функционированием. Данное положение является краеугольной проблемой не только социализации человека, но и его психического здоровья [2; 5; 6; 7]. Основы ее закладываются в детском возрасте между 6-11 годами, так, согласно Зигмунду Фрейду, в этой фазе психосексуального развития формируется Супер-Эго, одна из трех структур сознания, которая отвечает за моральное и этическое развитие, включая совесть [4; 7]. В этой стадии развития, называемой "Прилежание против собственной неполноценности", согласно Э. Эриксону ребенок занят творчеством и совершенствованием своих навыков [4]. Именно в этом возрасте он является наиболее уязвимым для критики со стороны, которая может повлиять на формирование чувства собственной неполноценности и испытываемого при этом унижения. Разочарование в своих возможностях или навыках прежде всего проявляется в среде своих сверстников и правильная ответная реакция является весьма значимой для формирования личности. Отсутствие должной поддержки со стороны значимых взрослых при различных фрустрирующих ситуациях может способствовать избеганию ответственности за принятые решения и в дальнейшем – формированию заниженной самооценки. Вместе с тем данный возраст так же является началом принятия социальных решений, а французский психолог Ж. Пиаже считал, что именно

в этом возрасте ребенок способен принять другую, отличную от него точку зрения [4, 7].

В транзактном анализе Берна в формировании любой личности имеется три уровня: Ребенок – Взрослый – Родитель. Если "Ребенок" – это источник интуиции, творчества, спонтанных побуждений и радости, то состояние "Взрослый" необходимо для жизни. Человек перерабатывает полученную информацию и вычисляет вероятности, которые нужно знать, чтобы эффективно взаимодействовать с окружающим миром. "Взрослый" является посредником между "Ребенком" и "Родителем" путем контроля их действий [3].

Я-концепция Карла Роджерса означает часть феноменологического поля или поля восприятия человека, складывающегося из осознанного восприятия и ценностей "Я". Я-концепция включает в себя не только наше восприятие в настоящем времени того, какие мы есть, но и какими, как мы предполагаем, должны быть и/или хотели бы быть ("Я-идеальное"). Это "Я", которое человек ценит больше всего и к которому стремится. Согласно Роджерсу для гармоничного развития личности любого человека важно, чтобы его любили и понимали значимые другие, это – универсальная потребность в позитивном внимании. Поведение ребенка управляется вероятностью получить позитивное внимание от людей, которые для него индивидуально значимы [7].

Смысл человеческого существования раскрывается на уровне вербальных и невербальных коммуникаций, содержит в себе экзистенциальное сообщение, адресованное другому респонденту, обобщающий смысл которого может быть выражен фразой: *"Подтверди то, как Я сам определяю себя"* [2]. В "Коккологии" Тадахико Нагао и Исаму Сайто, оригинальной японской игровой психодиагностике, удачно использованы не только психоаналитические элементы, но и возможность активного группового общения [3].

Утверждение замечательного педагога Сухомлинского "Все начинается с детства", не раз находило подтверждение в повседневной клинической практике, ему созвучно известное психоаналитическое утверждение "Мальчик – Отец мужчины".

В доступной нам литературе мы не смогли найти методику, которая быстро и эффективно в "полевых условиях", могла бы помочь выделить "проблемных" детей не только для улучшения микроклимата внутри детской группы, но и предотвращения возможных конфликтных ситуаций. Поэтому на основании синтеза теоретических предпосылок Карла Роджерса, Эрика Берна и японских психологов Нагао и Сайто была разработана методика Б.Д. Борохова, ранее не публиковавшаяся в специальной литературе.

Материалом исследования послужило наблюдение в течение 48 дней. На примере частного летнего лагеря наблюдалось 85 детей в возрасте 6-12 лет, никогда ранее не находившихся под наблюдением у детского психолога или психиатра. Наблюдение за детьми осуществлялось в среднем 8 часов в день 5 раз в неделю в условиях внутригруппового функционирования гетерогенной возрастно-половой группы. Среднее пребывание в группе составляло 7 дней, максимальное составило 3 недели.

В качестве скрининг-теста Б.Д. Бороховым была предложена оригинальная и простая методика, направленная на выявление группы детей с проблемным поведением и дальнейшей коррекционной работы с ней в условиях летнего лагеря.

Каждому ребенку индивидуально без предварительной подготовки предлагалось ответить на вопрос: "Кто хороший?".

Безусловно, играла роль и скорость ответа ребенка. Так, ответ "Я" в среднем занимал 1-2 секунды, ответы "Мы" и "Он" – 2-3 секунды, "Никто" – 3-4 секунды, "Не знаю" – 5-8 секунд.

Результаты исследования. В процессе наблюдения за игровым поведением детей, мы пришли к выводу, что ответы "Я" и "Мы" обладали позитивным радикалом. "Он" и "Никто" негативным радикалом. Ответ "Не знаю" – определен как условно нейтральный. В двух последних группах в случае проблемного поведения детей, были проведены встречи с их родителями.

"Я" – так ответило больше половины детей – 56,5 % (48 человек). Такой ответ мы расценили как позитивный диапазон самооценки. Он, как правило, соответствовал ощущению внутреннего благополучия ребенка, уверенности в своих силах, стремлении соблюдать установленные правила. Эти дети отличались дружелюбным и легким характером, в случае возникно-

вения конфликтных ситуаций при объяснении со стороны воспитателя они были готовы уступить, без предъявления дополнительных требований и легко шли на компромисс. В случае неудач в игре они старались улучшить свои навыки, в стремлении не отстать от своих товарищей.

"Он" – именно такой ответ был получен от 8 детей (9,4 %). Такая заниженная самооценка, обычно соответствовала внутреннему напряжению и ощущению собственного неблагополучия ребенка, неуверенности в своих силах, нежелании принимать участие в играх соревновательного характера, пассивном нежелании соблюдать установленные правила. Эти дети отличались некоторой отгороженностью и быстрой обидчивостью, при возникновении конфликтных ситуаций даже при объяснении со стороны воспитателя они с трудом были готовы уступить, требуя более льготных для себя условий в случае компромисса. В случае неудач в игре они замыкались в себе, считая, что либо условия игры были неправильными, либо судейство не было объективным. В беседе с родителями часто приводили примеры "правильного поведения" детей друзей и родственников как альтернативу поведения их собственного ребенка. Сами родители нередко затруднялись перечислить позитивные стороны характера своего ребенка, искренне удивляясь, что ребенка надо чаще хвалить. Таким образом усваивался ошибочный паттерн поведения "Чтобы я ни делал, все равно скажут что плохо".

"Мы" – этот ответ дали 11 детей (13 %). Характерной чертой, объединяющей детей, выбравших данный ответ, был расширенный диапазон позитивной самооценки, включающей в себя тенденции лидерского поведения в группе или команде. Эти дети обычно были инициаторами игр, формировали командный дух, старались отстаивать интересы группы. Уверенность в себе и дружелюбность привлекала к ним других детей независимо от возраста, причем желание быть с ними в одной группе или команде могло являться позитивным стимулом для улучшения самооценки детей, выбравших ответы "Никто", "Он", "Не знаю". Важно ответить, что категории детей расположены в возрастающем порядке позитивного влияния на собственную оценку.

"Никто" – такой ответ дали 6 детей, что составило 7 % от всех наблюдений. Такие дети не только испытывали диском-

форт в общении со сверстниками, но и в целом достаточно враждебно воспринимали окружающий мир, что собственно и определил расширенный диапазон негативной самооценки. Для этих детей было характерно активное враждебное контрповедение в группе, повторные нарушения дисциплины, нарушение правил игры, они чаще других детей использовали попытки уличения окружающих в "нечестной" игре. Нередко такое поведение сопровождалось криком, плачем или вербальной агрессией, не только к другим детям, но и к взрослым. Обычно другие дети старались дистанцироваться от них не только во время игр, но и во время еды и отдыха.

Пожалуй, в плане интеракций, исключение составляли дети, ответившие "Не знаю", причем они практически всегда находились в зависимо-подчинённом положении.

В беседах с родителями, как правило, отмечалась, как негативная оценка самого ребенка так и гипопротективное родительское поведение с различными оправдательными мотивами социально-экономического характера ("работаю на трех работах, света божьего не вижу, чтоб у него все было, а он целыми днями в Интернете и даже посуду не помое...", "её кроме шмоток ничего не интересует, гуляет с подружками до позднего вечера...").

Ответ "Не знаю" выбрали 12 детей (14,1 %). Для данной группы была характерна несколько заниженная самооценка в сочетании с выраженной амбивалентностью и тенденциями к избегающему или зависимому поведению. При встрече и в дальнейших беседах с родителями складывалось впечатление о некой "зеркальности" поведения родителей и детей, неуверенность в собственных силах, желание "плыть по течению", склонность к компромиссам в ущерб собственным интересам. Этот феномен интересен ещё и тем что, будучи детьми, в своих семьях родители в прошлом испытывали подобные чувства.

В игровых интеракциях дети, вошедшие в эту группу, были, как правило, ведомыми и несколько пассивными и "незаметными", в позитивном варианте во время совместной игры охотно подчинялись более уверенным в себе сверстникам. Но и оказавшись в интеракции с детьми, чья самооценка была ниже, но поведение носило доминирующий характер, они часто прини-

мали вину на себя. Стараясь избегать любых конфликтных ситуаций, они часто использовали выученный ошибочный стереотип поведения "тот, кто беспокоит других людей, плохой".

Выводы. Мы расцениваем предложенную нами методику как эффективное и простое средство для предварительной идентификации психически здоровых детей с возможными проблемами поведения в группе и дальнейшей коррекции его.

На вопрос "Кто хороший?", ответ "Я" в подавляющем большинстве случаев является нормативным и отражает позитивную самооценку; как правило, такие дети не нуждаются в коррекции поведения. Дети, ответившие на этот вопрос "Мы", обладают склонностью к лидерству, пользуются авторитетом среди своих сверстников. Их можно использовать в качестве помощников для коррекции поведения детей, давших ответы "Не знаю" и "Он". Наиболее проблематичной группой являются дети, выбравшие ответ "Никто"; мы полагаем, что обращение к детскому психологу или проведение семейной терапии может существенно изменить негативные паттерны поведения и улучшить самооценку.

Исходя из полученных результатов, можно предположить, что влияние родительского микросоциума имеет важное значение, в развитии правильного самовосприятия ребенка и его социализации в обществе в дальнейшем.

Литература

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. СПб., 1992. 400 с.
2. Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д. Прагматика человеческих коммуникаций: изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 320 с.
3. Нагао Т., Сайто И. Кокология. Психологические игры. М.: София, 2002. 192 с.
4. Харрис Т.А. Я – О'кей, Ты – О'кей. М.: Смысл, 1997. 328 с.
5. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применение). СПб.: Питер Пресс, 1997. 608 с.
6. Jacobson J., Jacobson A. Psychiatric Secrets. Philadelphia: Hanley and Belfus, 1996. 552 p.
7. Kaplan H., Sadock B. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2000. Vol. 1. P. 563-638.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

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

Профессиональная деятельность медицинских работников связана с ежедневным интенсивным общением и контактами с различными людьми. При этом успешность профессиональной деятельности в медицине во многом определяется личностными характеристиками специалиста, уровнем его адаптивности, отношением к своей работе [3; 10]. Важным средством формирования профессиональной компетентности специалиста в медицине является степень владения им психологическими знаниями, умение использовать их в межличностном общении с больными, коллегами и руководством, а также для успешного разрешения собственных внутриличностных проблем [7; 8; 9]. В противном случае длительное воздействие профессиональных и личностных стресс-факторов приводит к возникновению у медицинских работников синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).

Исследователи СЭВ у медицинских работников описывают факторы, играющие существенную роль в его возникновении [6; 12], личностные особенности, увеличивающие риск выгорания [14], механизмы формирования предпосылок эмоционального выгорания [4], связь между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и эмоциональным выгоранием, факторы эмоционального стресса, связанные с трудовой нагрузкой, психосоматические симптомы эмоционального выгорания [1].

Многие исследователи отмечают связь СЭВ с возрастом специалиста. Так как возраст связан с опытом работы, то риск выгорания проявляется больше в начале карьеры. Причины такого феномена до конца не изучены и, по мнению С. Maslach,

W.B. Schaufeli, P. Michael, данные утверждения должны приниматься с осторожностью, так как те, кто выгорает в начале своей карьеры, больше склонны уходить с работы, оставляя позади выживших, тех, кто соответственно испытывает меньший уровень выгорания [15]. О.С. Яркина связывает феномен выраженного эмоционального выгорания у врачей в начале карьеры с напряжением эмоциональной сферы в периоде адаптации к профессиональной деятельности, а не с проявлением СЭВ [13]. И.А. Бердяева, Л.Н. Войт, исследуя СЭВ у врачей различных специальностей, приходят к выводу, что в большей степени подвержены СЭВ молодые врачи, которые при столкновении с действительностью чаще испытывают эмоциональный шок [2].

Именно поэтому выявление СЭВ у медицинских работников актуально, так как выгорание негативно сказывается не только на психическом и физическом здоровье медицинских работников, но и на их эффективности в профессиональной деятельности. В данной работе проведено исследование СЭВ 40 работников психоневрологического интерната (ПНИ), относящихся к категории среднего медицинского персонала, имеющих высокий стрессовый характер профессиональной деятельности. Средний возраст испытуемых составил $38,5 \pm 11,1$ года. Средний стаж работы в интернате – $17,7 \pm 11,65$ года.

Использованы психологические методы, позволяющие оценить основные факторы, которые в той или иной степени могут определять уровень устойчивости личности к эмоциональному выгоранию: метод диагностики профессионального выгорания МВИ (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой); сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ); шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина; шкалы подверженности к развитию эмоциональной и физической усталости в процессе работы и шкала для измерения степени удовлетворенности работой (Н.А. Аминов), методика диагностики копинг-механизмов Э. Хайма. Количественный и качественный анализ данных эксперимента проводился с использованием математико-статистических методов в программе Excel 2003.

Исследовались различия в психологических состояниях сотрудников в зависимости от стажа работы. Выделены следующие

щие группы сотрудников: первая – работники со стажем до 5 лет, вторая – со стажем от 5 до 10 лет, третья – со стажем свыше 10 лет.

Результаты исследования по методике МВИ показали, что большее число сотрудников, имеющих высокий уровень эмоционального истощения, наблюдается в группе со стажем от 5 до 10 лет (66,6 %), наименьшее – в группе до 5 лет (12,5 %). Высокий уровень деперсонализации или цинизма у сотрудников ПНИ наиболее часто встречается в группе со стажем от 5 до 10 лет (33,3 %), что позволяет предположить, что у данных сотрудников период работы от 5 до 10 лет отмечен кризисом в профессиональной сфере, в результате чего у них происходит переоценка своих профессиональных достижений. Снижение уровня эмоциональной напряженности у лиц со стажем свыше 10 лет работы может свидетельствовать об их достаточной адаптированности к профессиональной деятельности. Высокий уровень редукации профессиональных достижений наиболее часто встречается в группе со стажем работы до 5 лет (50 %). Возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней у сотрудников ПНИ в большинстве случаев наблюдается в начале карьеры. Таким образом, если в начале карьеры у данных сотрудников часто наблюдается чувство некомпетентности в профессиональной сфере, то после 5 лет работы при приобретении определенных профессиональных навыков уровень удовлетворенности своими профессиональными достижениями возрастает. В дальнейшем, когда стаж достигает свыше 10 лет, у многих испытуемых возникает потребность в получении новых знаний и профессиональных навыков в связи с нарастающим уровнем неудовлетворенности своей работой, а также чувством неуспеха в своей деятельности.

Личностная тревожность оказывает не последнюю роль в формировании СЭВ, в связи с чем проведено исследование уровня тревожности. Ситуативная тревожность у сотрудников ПНИ в большинстве случаев имеет среднее значение при стаже работы до 5 лет и стаже работы свыше 10 лет, низкая тревожность наиболее часто наблюдается при стаже работы от 5 до 10 лет. Около половины испытуемых (54, 2%) со стажем свыше

10 лет и 42,8 % – со стажем работы до 5 лет имеют высокий уровень личностной тревожности. Это может свидетельствовать о том, что сотрудники в данном периоде профессиональной деятельности более уязвимы к развитию эмоционального выгорания.

Использование адаптивных копинг-стратегий в различных затруднительных ситуациях уменьшает риск развития СЭВ. Полученные результаты свидетельствуют, что сотрудники со стажем работы от 5 до 10 лет чаще, чем другие группы, используют неадаптивные эмоциональные копинг-стратегии (33,3 %), характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности и недопущением других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других, а также неадаптивные когнитивные копинг-стратегии (66,6 %), такие, как пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы с умышленной недооценкой неприятностей. Условно-адаптивные поведенческие копинг-стратегии больше характерны для группы медицинских сестер со стажем работы до 5 лет (37,5 %) и проявляются в поведении, характеризующемся стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарственных средств, погружения в любимое дело. Неадаптивные поведенческие копинг-стратегии более характерны для группы со стажем свыше 10 лет в виде избегания мыслей о неприятностях, пассивности, уединения, изоляции, стремления уйти от активных интерперсональных контактов и отказа от решения проблем.

Риск развития СЭВ может повышаться с увеличением интенсивности межличностных контактов с пациентами и сотрудниками, конфликтными взаимоотношениями, дестабилизирующей обстановкой в коллективе, несоблюдением деонтологических норм [5, 11], а также в связи с нарушением режима работы и отдыха во время ночных дежурств, вызывающим предрасположенность к физической усталости [1]. Наибольший уровень предрасположенности к эмоциональной и физической усталости выявлен в группах со стажем до 5 лет работы (57,14 %) и со стажем свыше 10 лет (40 %). Сотрудники, имеющие стаж рабо-

ты от 5 до 10 лет (66,6 %) наиболее удовлетворены своей работой по сравнению с другими группами сотрудников.

На следующем этапе исследованы психологические особенности сотрудников с различной степенью подверженности эмоциональной и физической усталости. Выделены три группы испытуемых – с низким, средним и высоким уровнями возникновения усталости. В исследуемых группах обнаружены достоверные различия по шкалам "Деперсонализация" ($F=3,69$ при $p=0,03$) и "Редукция личностных достижений" ($F=4,89$ при $p=0,01$). По шкале "Эмоциональное истощение" достоверных различий не выявлено, что свидетельствует, что подверженность усталости не сказывается на степени выраженности эмоционального истощения испытуемых. Таким образом, редукция личностных достижений больше наблюдается в группе, которая оценивает уровень эмоциональной и физической усталости в процессе работы как умеренный и чуть меньше в группе с высоким уровнем. В двух других группах (с высокой и низкой степенью предрасположенности к усталости) больше выявлен такой компонент эмоционального выгорания, как деперсонализация, выражающаяся потерей интереса к работе, безразличием к пациентам, отстраненностью, цинизмом. В первом случае это может быть вызвано эмоциональной и физической усталостью, во втором случае выступать как механизм психологической защиты.

Для более детального рассмотрения психологических особенностей исследуемых сотрудников проведено исследование структуры личности с помощью опросника СМОЛ с учётом уровня предрасположенности к развитию эмоциональной и физической усталости. Достоверные различия между группами выявлены по шкале коррекции ($F=3,89$ при $p=0,03$), что говорит о том, что у сотрудников группы со средней предрасположенностью более выражена естественная защитная реакция на попытку вторжения во внутренний мир.

Усредненный профиль личности сотрудников, имеющих высокий уровень подверженности развитию эмоциональной и физической усталости вследствие имеющихся интенсивных контактов с пациентами свидетельствует о повышенном уровне эмоциональной напряженности или тенденции к личностной де-

зинтеграции, скорее всего связанной со стрессом, а также выраженной самокритичности. Пик по 2-й шкале характеризует имеющееся состояние как депрессивную реакцию в рамках адаптационного синдрома. Наблюдающиеся пики по 4-й и 9-й шкалам могут свидетельствовать о гипертимном типе реагирования. В состоянии тревоги и социальной депривации такие лица реагируют активным самоутверждением и реакциями протеста. Повышение по 2-й и 9-й шкалам отражает склонность к перепадам настроения и циклотимный вариант личности, что объясняет проявление эмоционального истощения, цинизма и редукцию личностных достижений.

Усредненный профиль личности сотрудников, имеющих среднюю подверженность развитию эмоциональной и физической усталости, свидетельствует о присутствии у данной группы естественной защитной реакции на попытку вторжения во внутренний мир при хорошем контроле над эмоциями. Пик по 7-й шкале говорит о преобладании пассивно-страдательной позиции, неуверенности в себе, высокой чувствительности и подвластности средовым воздействиям, повышенную чуткость к опасности. Данные лица отличаются тенденцией к тщательной проверке своих поступков и проделанной работе, отличаются зависимой позицией, ориентацией на мнение группы. Защитные механизмы личности от состояния тревоги выявляются повышением профиля по 2-й, 4-й и 9-й шкалам. Они выражаются отказом от реализации своих намерений, склонностью к повышению поведенческой активности в ситуации стресса, а также отрицанием проблем. Выявленное сочетание пиков по 7-й и 4-й шкалам отражает проблему внутренне противоречивого, смешанного типа реагирования. Эти личностные особенности свидетельствуют о наличии у данных сотрудников эмоционального истощения и редукции личностных достижений.

Средний профиль личности сотрудников с низким уровнем подверженности эмоциональной и физической усталости характеризуется отсутствием тенденций приукрасить свой характер, откровенностью и самокритичностью. Профиль характеризуется пиками по 2-й, 7-й и 9-й шкалам, что свидетельствует о перепадах настроения. Пик по 7-й шкале может отражать тенденцию склонности к тревожным состояниям, что свидетельствует о

подверженности эмоциональному истощению и проявлению цинизма.

Большой процент испытуемых, имеющих умеренную реактивную тревожность, приходится на средний и высокий уровень предрасположенности к эмоциональной и физической усталости. Высокий уровень личностной тревожности чаще выявляется в группе с высоким уровнем эмоциональной и физической усталости. Наибольший процент обследованных среднего медицинского персонала, оценивших удовлетворенность работой достаточно высоко, имеют низкий уровень эмоциональной и физической усталости. У них увеличение уровня личностной тревожности сопровождается повышением риска развития эмоциональной и физической усталости ($r=-0,33$ при $p<0,005$).

В группе с высоким уровнем эмоциональной и физической усталости у 53,3 % испытуемых присутствуют неадаптивные копинг-стратегии, проявляющиеся в "смирении", "диссимуляции", "игнорировании", определяющие пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы с умышленной недооценкой неприятностей; 40 % испытуемых имеют неадаптивные поведенческие копинг-стратегии, выражающиеся в "активном избегании", "отступлении", характеризующие поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем.

В целом у сотрудников ПНИ выявлены взаимосвязи эмоционального истощения ($r=0,47$ при $p<0,001$) и деперсонализации, защитного механизма по типу отрицания проблем ($r=0,33$ при $p<0,05$), депрессивных реакций ($r=0,46$ при $p<0,001$). Чем выше уровень эмоционального выгорания, тем больше наблюдается астения и истощение ($r=-0,45$ при $p<0,01$). Увеличение реактивной тревожности сопровождается депрессивными проявлениями ($r=0,44$ при $p<0,01$).

Увеличение личностной тревожности сопровождается большей выраженностью степени осознания психологических проблем и отказом от реализации своих намерений, что сопровождается снижением настроения ($r=0,62$ при $p<0,001$), усилением невротического самоконтроля и соматизацией тревоги

($r=0,58$ при $p<0,001$), ограничительным поведением, направленным на избегание неуспеха и проявляющееся явлениями навязчивости ($r=0,48$ при $p<0,01$), тенденцией к рационализации психологического конфликта, вызвавшего тревогу ($r=0,53$ при $p<0,001$), и иррациональным типом реакции с уходом в ирреальный мир фантазий и мечты ($r=0,38$ при $p<0,05$), эмоциональным истощением ($r=0,42$ при $p<0,01$). Выраженность реактивной тревожности прямо взаимосвязана с эмоциональным истощением ($r=0,37$ при $p<0,05$).

Исследование показало, что проявления СЭВ распространены среди среднего медицинского персонала ПНИ. Большинство сотрудников, имеющих стаж работы меньше 5 лет, уязвимы в области оценки своей профессиональной компетентности. Средний уровень ситуативной и повышенный уровень личностной тревожности свидетельствует о возможном эмоциональном истощении, склонности к перепадам настроения и подверженности эмоциональной и физической усталости. Данные сотрудники чаще прибегают к условно-адаптивным копинг-стратегиям поведения, выражающимся в склонности к временному избеганию проблем. Группа сотрудников со стажем работы до 10 лет больше подвержена эмоциональному истощению и деперсонализации, выражающейся потерей интереса к работе, безразличием к пациентам, отстраненностью, цинизмом. Несмотря на это, большинство сотрудников удовлетворены своей работой и имеют средний уровень личностной и ситуативной тревожности. Данные сотрудники отличаются тенденцией к тщательной проверке своих поступков и проделанной работе, покорностью и недопущением других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других, ориентацией на мнение группы, отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои возможности. Их личностные особенности характеризуются внутренним противоречивым типом реагирования. Для группы со стажем работы свыше 10 лет наблюдается снижение характеристик эмоционального выгорания наряду с небольшим увеличением ощущения профессиональной некомпетентности по сравнению с другими исследованными группами. У сотрудников наблюдается средний уровень ситуативной и высокий уровень личностной тревожности. Они подвержены возникновению эмоциональной

и физической усталости и чаще прибегают к неадаптивным копинг-стратегиям поведения в виде пассивности, избегания дурных мыслей, стремления к уединению, избегания межличностных контактов и решения проблем.

Полученные результаты свидетельствуют о важности формирования превентивных мер по отношению к возможности развития СЭВ среди сотрудников ПНИ, среди которых к важным можно отнести повышение психологической компетентности медицинского персонала.

Литература

1. *Бабанов С.А.* Синдром "эмоционального выгорания" // Вестник КГУ имени Н.А. Некрасова. 2010. № 2. С. 294-301.
2. *Бердяева И.А., Войт Л.Н.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневост. мед. журн. 2012. № 2. С. 117-120.
3. *Воронин А.Н., Николаев Е.Л.* Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности // Вестник Чуваш. ун-та. 2013. № 1. С. 79-85.
4. *Далакова А.С., Дубовый Л.М.* Механизм формирования предпосылок синдрома эмоционального выгорания и факторы, влияющие на синдром // Вестник КГУ имени Н.А. Некрасова. 2009. №3. С. 336-343
5. *Дубова Т.Г., Попов И.А.* Результаты психодиагностического исследования степени выраженности синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников Тульской области // Вестник новых мед. технологий. 2007. Т. 14, № 1. С. 157-159.
6. *Ларенцова Л.И., Бардеништейн Л.М.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психол. аспекты. М.: Мед. книга, 2009. 142 с.
7. *Николаев Е.Л., Орлов Ф.В.* Интеграция биопсихосоциального подхода в общеврачебную практику: возможности и перспективы // Соц. и клин. психиатрия. 2005. Т. 15, № 2. С. 82-84.
8. *Николаев Е.Л., Орлов Ф.В., Трясугина М.А., Голенков А.В.* Медицинская психология в системе вузовской подготовки менеджеров здравоохранения // Мед. сестра. 2010. № 7. С. 44-47.
9. *Орлов Ф.В., Николаев Е.Л.* Медико-психологическая помощь медсестры больным с пограничными психическими расстройствами // Мед. сестра. 2007. № 1. С. 11-12.

10. Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чуваш. ун-та. 2012. № 3. С. 469-473.
11. Хохлов Р.А., Минаков Э.В., Фурменко Г.И., Ахмеджанов Н.М. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность // Рац. фармакотер. в кардиологии. 2009. № 1. С. 12-22.
12. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. Киев: Сфера, 2004. 272 с.
13. Яркина О.С. Синдром эмоционального выгорания у врачей в контексте личностно-профессионального развития: симптомы и предпосылки // Вестник ТГУ. 2008. Вып. 3 (59). С. 307-311.
14. Яхно А.А. Профессиональный стресс и эмоциональное выгорание в системе здравоохранения Российской Федерации // Альм. сестринского дела. 2009. № 2. С. 34-39.
15. Maslach C., Schaufeli W.B., Michael P., Leiter M.P. Job Burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 398-407.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

ЧТО ЗНАЮТ О ПСИХОТЕРАПИИ ЖИТЕЛИ АЛАТЫРСКОГО РАЙОНА ЧУВАШИИ?

А.В. Голенков, С.А. Сафронов, М.Г. Доморощинова

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

Актуальность исследования. Психотерапия как "система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного" [9] все шире используется в различных областях медицины. Это не случайно, так как данный метод является инструментом реализации личностного подхода, отражающегося на психологических особенностях человека. На наш взгляд, для выбора оптимальной психотерапевтической тактики важен не только учет так называемых первичных, вторичных и третичных личностных образований [9], но и отношение населения к психотерапии в целом, осведомленность о ней.

В своих предыдущих исследованиях мы изучали отношение жителей Алатырского района к психически больным, психическим расстройствам (ПР) и психиатрии [3; 4], проводили внутритерриториальные сравнения [4]. Были выявлены и описаны социально-психологические особенности жителей данного района, связанные с различиями в возрасте и уровне образования респондентов, приближенностью психиатрической помощи к населению. Однако не изучалось мнение людей о психотерапии и врачах-психотерапевтах.

Характеристика респондентов и методы исследования. Опрошено 472 жителя Алатыря и Алатырского района (216 мужчин, 256 женщин) в возрасте от 18 лет до 73 лет (средний возраст – $42,3 \pm 13,7$ года). Из городских поселений было 172 чел. (36,4 %), из сельской местности – 300 (63,6 %). Начальное образование имели 32,8 % респондентов, среднее – 36,2 %, среднее

специальное – 14,0 %, высшее – 17,0 %. В исследовании использовали оригинальную анкету из 20 вопросов, созданную на основе [1, 5]. Для 14 вопросов применялась 4-балльная оценка: "Да" – 4, "Скорее да" – 3, "Скорее нет" – 2, "Нет" – 1. Другие шесть вопросов, два из которых были открытыми, касались показаний к психотерапии, поводов для обращения к психотерапевту, предпочтений пола врача, формы занятий, согласия на оплату этого вида лечения. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения и стандартного отклонения) и однофакторного дисперсионного анализа (табл. 1).

Результаты исследования. Деятельность врача-психотерапевта представляли себе лишь 31,8 % респондентов, хотя большинство (53,4 %) не соглашались с утверждением, что "это тот же психиатр", и знали (63,1 %), где можно получить психотерапевтическую помощь. Образ врача-психотерапевта в целом оказался отрицательным. Очень уважаемыми в обществе людьми их считали только 36 % опрошенных. По мнению большинства (58,5 %), они "странные, чудаковатые, ненормальные люди", "часто злоупотребляющие при выполнении своих должностных обязанностей" (68,4 %) и "мало что могущие сделать для своих пациентов" (60,7 %). Возможно, это связано с тем, что врачи-психотерапевты, по ответам респондентов, используют "ненаучные методы лечения" (62,3 %), "видят насквозь, читают мысли, обладают гипнозом" (59,1 %). Определенное влияние на такие оценки оказали представления о том, что психотерапевтическая помощь показана исключительно людям с ПР (52,1 %), "современные методы психотерапии вредны (опасны) для здоровья" (66,0 %), а "центры психотерапии мало чем отличаются от психоневрологических диспансеров" (55,7 %). Примерно половина из опрошенных (49,4 %) считали ПР неизлечимыми.

Обратятся за помощью к психотерапевту в случае ПР – 14,4 %, болезни – 13,8 %, стрессов – 12,1 %, безвыходной ситуации в жизни – 10,4 %, проблем в семье – 8,7%, консультации – 5,5 %; прочие ответы дали 8,1 %. Категорически отказались от психотерапевтической помощи 2,3 %, затруднились с ответом 24,4 %.

Таблица 1

Распределение ответов респондентов, %

Вопрос	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Без ответа
Знаете ли, в чем заключается деятельность врача-психотерапевта?	18,2	14,8	26,9	40,0	–
Психотерапевт – это тот же психиатр?	22,2	24,4	27,8	25,6	–
Психотерапевтическая помощь показана исключительно лицам с ПР?	27,1	25,0	16,1	31,8	–
Знаете ли Вы, где конкретно можно получить психотерапевтическую помощь?	22,5	14,4	17,4	45,8	–
ПР – неизлечимы?	24,2	25,2	21,6	28,8	0,2
ПР такие же, как и другие заболевания?	31,4	21,0	18,0	29,2	0,4
Психотерапевт – врач, который "видит насквозь", "читает мысли", "обладает гипнозом"?	35,6	23,5	21,0	19,9	–
Психотерапевты мало что могут сделать для своих пациентов?	30,5	29,7	22,0	17,8	–
Психотерапевты – очень уважаемые в обществе люди?	14,4	21,2	31,8	31,6	1,1
Психотерапевты при выполнении своих должностных обязанностей часто злоупотребляют?	36,0	32,2	16,1	15,5	0,2
Психотерапевты исцеляют при помощи ненаучных методов лечения: "кодирования", какой-то таинственной силы и др.?	36,7	25,6	18,6	19,1	–
Психотерапевты – странные, чудаковатые, ненормальные люди?	37,7	29,9	16,3	17,6	0,2
Современные методы психотерапии вредны (опасны) для здоровья?	36,0	29,9	16,3	17,6	0,2
Учреждения психотерапевтического профиля (центры психотерапии) мало чем отличаются от психоневрологических диспансеров?	29,4	26,3	23,3	21,0	–

Схожие результаты (больные, люди с ПР, "Не знаю") были получены на вопрос "Кому в первую очередь показана психотерапевтическая помощь?". При этом различные психологические особенности людей как "мишень психотерапии" указали 14,4 %. Среди них перечислялись: замкнутость, застенчивость, впечатлительность, неуверенность, тревожность, слабость и др. Считали, что психотерапия показана всем людям, 2,1 % опрошенных.

40,7 % обратятся к психотерапевту, если участковый врач будет рекомендовать это (не обратится – 21 %). Пол врача не имел существенного значения для 57,4 % (мужской указали 18 %, женский – 24,2 %), как и форма занятий (индивидуальная или групповая) – 54,9 %. Однако только 20,5 % согласились бы потратить на этот вид лечения от 1500 до 2500 рублей и более; большинство (57,8 %) затруднились с ответом на этот вопрос, а 21 % не считали нужным тратить деньги на данный вид лечения.

В ответах респондентов с учетом пола, места жительства и возраста (табл. 2) меньше всего различий получено при сравнении ответов мужчин и женщин. Женщины чаще указывали психотерапию в безвыходных ситуациях в жизни (35,7 % против 6,5 % у мужчин; $p < 0,001$). Пол психотерапевта при этом существенного значения для них не имел ($p = 0,01$), в то время как мужчины предпочитали лечиться у врача своего пола ($p < 0,001$).

Люди с высшим образованием достоверно лучше были осведомлены о деятельности врача-психотерапевта ($p < 0,001$), знали, где можно получить такую помощь ($p < 0,001$), считали врачей-психотерапевтов уважаемыми в обществе людьми ($p < 0,001$). Среди показаний к психотерапии указывали стрессы ($p = 0,002$) и различные психологические особенности людей ($p < 0,001$). Респонденты с низким (начальным, средним) образовательным уровнем высказывались более негативно о врачах-психотерапевтах: "что они злоупотребляют при выполнении своих должностных обязанностей" ($p < 0,001$), "исцеляют при помощи ненаучных методов лечения" ($p = 0,002$). Считали их "странными, чудаковатыми, ненормальными людьми" ($p < 0,001$), а "методы психотерапии вредными (опасными) для здоровья" ($p < 0,001$). Они чаще затруднялись с ответами – кому показана психотерапия ($p < 0,001$) и в каких случаях следует обращаться за психотерапевтической помощью ($p < 0,001$).

Таблица 2
Утвердительные ответы в группах респондентов, %

Вопрос	Мужчины	Женщины	Горожане	Селяне
Знаете ли, в чем заключается деятельность врача-психотерапевта?	35,6	30,7	26,6	36,6
Психотерапевт – это тот же психиатр?	42,1	50,3	52,8	42,9
Психотерапевтическая помощь показана исключительно лицам с ПР?	52,2	51,9	65,6	44,3
Знаете ли Вы, где конкретно можно получить психотерапевтическую помощь?	36,0	37,4	29,6	40,9
ПР – неизлечимы?	49,9	48,7	55,1	46,0
ПР такие же, как и другие заболевания?	39,9	54,2	56,9	49,6
Психотерапевт – врач, который "видит насквозь", "читает мысли", "обладает гипнозом"?	59,2	58,9	63,9	56,2
Психотерапевты мало что могут сделать для своих пациентов?	56,4	63,1	65,6	56,9
Психотерапевты – очень уважаемые в обществе люди?	37,0	34,3	31,3	37,9
Психотерапевты при выполнении своих должностных обязанностей часто злоупотребляют?	63,8	71,8	76,6	63,3
Психотерапевты исцеляют при помощи ненаучных методов лечения: "кодирования", какой-то таинственной силы и др.?	61,5	62,8	65,6	60,2
Психотерапевты – странные, чудаковатые, ненормальные люди?	54,5	61,6	70,2	51,6
Современные методы психотерапии вредны (опасны) для здоровья?	63,3	67,9	73,2	61,6
Учреждения психотерапевтического профиля (центры психотерапии) мало чем отличаются от психоневрологических диспансеров?	49,9	60,5	59,7	53,3

Сравнение ответов жителей города и села показало, что первые имели более негативное отношение к психотерапевтам и психотерапии в целом. Среди горожан было больше респондентов, считающих психотерапию методом лечения ПР ($p=0,005$), показанным всем людям ($p=0,003$), но чаще отказывающихся от обращения к таким врачам ($p=0,05$). Селяне допускали использование психотерапии при соматоневрологической патологии ($p=0,002$).

Обсуждение. Проведенное исследование подтвердило точку зрения [5] о том, что у населения, проживающего в сельской местности и небольших городах, будут весьма пессимистичные оценки психотерапии. Действительно, респонденты чаще считали психотерапевта психиатром (53,4 % против 29 % у жителей Волгограда), не хотели тратить деньги на этот вид лечения (21 % против 9 %), затруднялись с ответом о плате за психотерапию (57,8 % против 39 %). Согласились бы заплатить за лечение 20,5 % против 52 % в Волгограде. Однако большее число наших респондентов знало, где можно получить психотерапевтическую помощь (63,1 % против 27 %). В отличие от цитируемой работы [5] мы установили достоверное влияние уровня образования на оценки и осведомленность населения.

Довольно широкий перечень показаний к психотерапии свидетельствует о завышенных ожиданиях от данного вида лечения в населении. Благоклонное отношение к психотерапии обнаружено при опросе жителей Германии, Словацкой Республики (Братислава) и России (Новосибирск) [12]. Причем в западной части Германии респонденты предпочитали психоанализ другим методам, а в восточной – групповую терапию [11]. Наряду с признанием психотерапии очень эффективным методом лечения, отмечается много наивных представлений и в населении Великобритании. Это может помочь наполнению содержательной части информации, направленной на повышение психиатрической грамотности населения [13].

Отрицательные оценки врача-психотерапевта существенно отличаются от образа врача-психиатра, который пользуется доверием и авторитетом у населения этого же района [2; 3; 4]. Врачи-психотерапевты отсутствуют в районе, поэтому информацию о них респонденты, скорее всего, получали из

средств массовой информации и фильмов. Сведения из указанных источников часто оказываются искаженными и тенденциозными [10].

Х. Пезешкиан [8] считает, что психотерапевты в России постоянно сталкиваются с вызовом всякого рода целителей и шарлатанов, обеспечивающих чудесное исцеление, поэтому даже самый серьезный психотерапевт должен иметь в своем арсенале магические элементы. Окружающими они нередко воспринимаются как маги и волшебники, наделяются сверхъестественными способностями. Психотерапевт, который лишен перечисленных качеств, может утратить свой авторитет и востребованность. В проведенном нами исследовании подтвердилась также его точка зрения об оплате психотерапевтического лечения, согласно которой "типичный пациент" в России почти не имеет финансовых возможностей для этого [8].

Выводы. Хотя психотерапевтической службе Чувашии четверть века и она поступательно развивается [6; 7], население районов и малых городов республики пока плохо осведомлено о психотерапии. Вероятно, с этим можно связать и негативные оценки врачей-психотерапевтов в обществе. Выявленные тенденции, впрочем, нуждаются в подтверждении на республиканском уровне.

Литература

1. *Голенков А.В.* Общественные предубеждения к психиатрии в Чувашии // Психическое здоровье. 2010. № 4. С. 42-46.
2. *Голенков А.В., Николаев Е.Л., Сафронов С.А., Крылов Д.Н.* Образ электросудорожной терапии в представлениях больных, их родственников и медицинских работников // Прикладные информационные аспекты медицины. 2012. Т. 15, № 1-1. С. 44-49.
3. *Голенков А.В., Сафронов С.А.* Отношение жителей Алатырского района к психически больным и психиатрии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 132-138.
4. *Голенков А.В., Сафронов С.А.* Представления населения Чувашии о психиатрии (внутритерриториальные сравнения) // Материалы 4-го съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. Чебоксары, 2010. С. 132-134.
5. *Деларю В.В., Горбунов А.А.* Анкетирование населения, специалистов первичного звена здравоохранения и врачей-психотерапевтов:

- какой вывод можно сделать о перспективах психотерапии в России? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2011. № 3. С. 52-54.
6. *Николаев Е.Л.* Перспективы развития психотерапии как науки в эпоху доказательной медицины // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 119-122.
 7. *Николаев Е.Л.* Психотерапевтической службе Чувашии – четверть века // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 159-164.
 8. *Пезешкиан Х.* Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии: Дис. д-ра мед. наук. СПб., 1998. 83 с.
 9. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998. 752 с.
 10. *Ястребов В.С., Труцелев С.А.* Социальные образы психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2009. № 6. С. 65-68.
 11. *Angermeyer M.C., Matschinger H.* Public attitude towards psychiatric treatment // Acta Psychiatr. Scand. 1996. Vol. 94, N 5. P. 326-336.
 12. *Angermeyer M.C., Breier P., Dietrich S. et al.* Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005. Vol. 40, N 11. P. 855-864.
 13. *Furnham A.* Psychiatric and psychotherapeutic literacy: attitudes to, and knowledge of, psychotherapy // Int. J. Soc. Psychiatry. 2009. Vol. 55, N 6. P. 525-537.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

И.А. Погодин

Институт Гештальта, Минск, Белоруссия

Говоря о профессиональной идентичности психотерапевтов, стоит отдельно остановиться на процессе легализации психотерапевтической профессии, имеющей также большое значение для формирования профессиональной идентичности.

Легализация психотерапии как профессии и идентичность. Разумеется, России, Беларуси и Украине нужен в будущем закон о психотерапии. В противном случае полноценной профессией психотерапии стать довольно трудно. Однако принятие закона о психотерапии следует рассматривать через призму процесса формирования интегрированного сообщества психотерапевтов, который первичен по отношению к любой процедуре формализации. Закон может и должен венчать этот процесс, т.е. оказаться его логичным продолжением. С этой точки зрения любые современные попытки преждевременной фасилитации этого процесса представляются нарциссическими потугами с целью узурпировать власть в рассматриваемой профессиональной области. Осуществленный в полной мере процесс легализации психотерапии до интеграции в сообществе психотерапевтов приведет лишь к росту напряжения и стагнации в профессии, что, безусловно, скажется на процессе профессиональной идентификации членов сообщества известной степенью деформации.

Поскольку идентичность – это образование личное, связанное с некоторым самоощущением человека, с результатом тестирования на соответствие самому себе (собственно говоря, стыд "самозванства" и возникает как реакция на несоответствие самому себе), а процесс профессиональной идентификации связан с многочисленными достаточно тяжело протекающими кризисами, время от времени возникает заметный соблазн избежать

их переживания посредством замены идентичности различными "протезами" в виде внешних ситуативных подтверждений – сертификатов, лицензий, формальным вступлением в какую-либо ассоциацию и т.д. Таким образом, ситуация дефицита самоощущения может способствовать его компенсации суррогатом формальной принадлежности. Естественно, что такое положение вещей является очень заманчивым для каких-либо формальных психотерапевтических структур и объединений, которые смогут инициировать процесс профессиональной легализации первыми. В этом случае инициаторы оказываются избавленными от необходимости трудного диалога с практикующими в стране специалистами и получают известный инструмент давления. Разумеется, это не сможет не сказаться на дезинтеграции внутри сообщества психотерапевтов. В заключение этого тезиса нужно отметить, что сегодня – в период интенсивного развития психотерапии в наших странах – мы как никогда ранее нуждаемся в диалоге как различных организаций внутри модальностей психотерапии, так и между самими модальностями, существующими на нашем пространстве. Формализация результатов этого диалога естественным образом приведет к легализации профессии с сохранением идентичности самих психотерапевтов.

Диалектика индивидуализма и лояльности психотерапевта. Далее следует немного подробнее остановиться на обсуждении особенностей делегирования власти в жизни психотерапевта вообще и в процессе развития его идентичности в частности. Профессия частнопрактикующего психотерапевта в большей степени напоминает деятельность свободного художника, бродячего музыканта или странствующего философа. Отсутствие жестких правил, творческий характер работы, ориентация на процесс делают психотерапию в некотором смысле маргинальной сферой жизни общества. При этом уникальность каждого практикующего специалиста, осознание и умение обращаться с ней во многом определяют успешность психотерапевта как профессионала. С другой стороны, несмотря на уникальность каждого специалиста, жизнь в профессиональном сообществе предполагает ориентацию каждого его члена на некоторые гласные и негласные правила, возникшие как результат творчества самого сообщества. В противном случае диалог специалистов

станет невозможным и, следовательно, с одной стороны, затормозится процесс развития психотерапии, с другой – обеднятся ресурсы, питающие профессиональную идентичность каждого психотерапевта. Таким образом, лояльность сообществу коллег также выступает необходимым фактором личного и профессионального развития. Именно в поле, определяемом сосуществованием двух на первый взгляд противоречивых тенденций и формируется идентичность профессионала. Поэтому индивидуализм и лояльность стоило бы рассматривать как необходимые условия этого процесса, в то время как феноменологию и динамику их взаимодействия – как достаточные.

Относительно способа регулирования жизни психотерапевтического сообщества следует отметить, что адекватной формой власти в этом процессе выступает анархия. Этот тезис, очевидно, нуждается в пояснении. Традиционно в качестве оптимальной формы власти, характеризующей развитые современные общества, рассматривают демократию. Однако демократия как власть большинства предполагает нивелирование ценности отличия людей. Анархия же подразумевает акцент именно на различиях, а также на уважении этих различий. В энциклопедическом словаре под понятием "анархизм" можно обнаружить определение "общественно-политического течения, которое выступает за немедленное уничтожение всякой государственной власти" [1]. Однако при внимательном прочтении текстов М.А. Бакунина [2] и, особенно, П.А. Кропоткина [3; 4] обнаруживаются дополнительные коннотации. И вот уже анархия предстает не как безвластие, а как власть каждого. Другими словами, и власть, и сопровождающая ее ответственность распределяются между всеми участниками того или иного сообщества, общества в целом. При этом распределяется не поровну, как при демократии, а всецело, т.е. вся власть за происходящее в моих отношениях с другим человеком (например, клиентом) принадлежит мне, равно и обратное – клиент в полной мере определяет развитие наших отношений. Парадоксальная с точки зрения математики пропорция выглядит следующим образом: в процессе терапии 100 % ответственности за происходящее принадлежит терапевту и 100 % ответственности принадлежит клиенту. То же парадоксальное соотношение характеризует и отношения внут-

ри малого сообщества (например, в семье или терапевтической группе) или общества в целом. Чем не описание диалога в философском [5] или психотерапевтическом понимании [6]?

Возвращаясь к теме взаимосвязи жизни сообщества и формирования идентичности, стоит резюмировать, что анархия как способ регулирования отношений в профессиональном сообществе предполагает взаимную помощь, уважение (в том числе личностных границ) и признание членами сообщества друг друга. Акцент при этом ставится на процессе взаимодействия, в котором и происходит развитие профессиональной идентичности. Таким образом, профессиональная идентичность выступает текущим результатом¹ переговоров членов сообщества друг с другом на предмет своего профессионального самосознания.

Применительно к проблеме макродиалога между различными психотерапевтическими сообществами как внутри страны, так и на международном уровне использование рассматриваемого тезиса об анархии предполагает сохранение уникальности как локального психотерапевтического сообщества или обучающей организации с их стилевыми особенностями и теоретическими предпочтениями, так и национальных особенностей психотерапии в целом. Кроме того, этот тезис имеет значение и для диалога между сообществами психотерапевтов различных модальностей в целях поддержания "идентичности самой модальности", равно как и сохранения идентичности психотерапевта как представителя определенного направления психотерапии.

Методологическая целостность школы в противовес эклектике. В статье представляется весьма важным затронуть еще одну проблему, предлагаемое решение которой имеет дискуссионный характер. Речь пойдет об одной из базовых психотерапевтических дилемм: тенденция к эклектике, с одной стороны, и

¹ Я использую слово "текущим", поскольку этот процесс не заканчивается никогда, точнее, заканчивается лишь со смертью человека. По мнению М. Хайдеггера, ответ на вопрос "Кто Я" возможен лишь в момент остановки, в действии же человек не знает, кто он [7].

стремление к сохранению строгой методологии отдельного психотерапевтического подхода – с другой. Собственная позиция автора по отношению к этой проблеме заключается в защите мнения, что общей психотерапии не существует. Эта профессия слишком разнородна в спектре своих модальностей, чтобы предполагать их неконфликтное сосуществование в рамках единой терапевтической стратегии. Несмотря на очевидную в эпоху постмодерна общую тенденцию к эклектике видна попытка объединить и смешать такие своеобразные и внутренне богатые направления психотерапии как, например, гештальт-терапию и психоанализ, в качестве эффективного средства редукции и обеднения обоих направлений в этом процессе. Такого рода эклектичные тенденции часто имеют своим источником неглубокое освоение психотерапевтом хотя бы одного из направлений, изуверски подвергаемого редукции. И наоборот: развитие специалиста как представителя конкретной модальности психотерапии ведет, как правило, к обнаружению практически неисчерпаемых ресурсов, предоставляемых собственной непротиворечивой и последовательной методологией модальности. Таким образом, достойная профессиональная подготовка и, как следствие, высокая квалификация гештальт-терапевта (равно как и психоаналитика, когнитивно-бихевиорального, экзистенциального терапевта и т.д.) являются лучшим средством от чувства профессиональной неполноценности и стыда. В противном случае возникает тенденция избавиться от стыда и неполноценности посредством неразборчивого апеллирования к "психотерапевтическим костылям" других модальностей. В связи с этим стоит также отметить, что эклектичная тенденция, по большей части ненасыщаема, поскольку зачастую инициируется тревогой, возникшей в результате игнорирования описанного стыда.

Далее несколько слов о том, какое значение сказанное выше имеет для проблемы формирования профессиональной идентичности. По мнению автора, наиболее важную роль в процессе развития профессионального самосознания играет школа, к которой принадлежит психотерапевт. Базовые ценности и психо-

терапевтическое мировоззрение, выступающие ядром профессиональной идентичности, питаются именно конкретной школой¹. Эти фундаментальные конструкты оказываются различными, а порой даже и противоречащими в разных психотерапевтических модальностях. Так, аналитический детерминизм и гештальтистская индетерминистская феноменология несопоставимы и не могут не спровоцировать кризис профессиональной идентичности при условии честного отношения к профессии. То же самое имеет отношение и к диссонансу базового методического инструментария (применительно, например, к рассматриваемой бинарной оппозиции "психоанализ – гештальт-терапия" – интерпретация и перенос в противовес диалогу и присутствию). Список неинтегрируемых посылок различных психотерапевтических модальностей можно, разумеется, продолжить. При этом зачастую единственным выходом их "примирения" оказывается профессиональное лицемерие или безграничный методологический либерализм.

Что же мы можем ожидать в этом случае от процесса формирования идентичности?! "Человек без корней, без лица, без имени" – подходящие метафоры для диффузии профессиональной идентичности. Как известно, порожденный диффузией стыд нуждается или в проживании, или (что, естественно, проще) в избегании посредством все нового поглощения разнородных психотерапевтических знаний. При этом переживающий кризис психотерапевт приобретает компульсивную тенденцию к учебе, стараясь узнать о психотерапии все. Зачастую в этом процессе утрачивается какой-либо вкус, и человек становится неразборчивым в выборе и содержания обучения, и его формы. "Терапия" такого кризиса может опираться на восстановление чувствительности к динамике своего профессионального развития. В некотором смысле я бы сравнил психотерапевта, обладающего зрелой идентичностью, с гурманом, способным с одной стороны, к получению профессионального удовольствия, с другой – к

¹ Это еще одна причина, ставящая под сомнение целостность профессиональной идентичности эклектика.

отвращению как реакции на чрезмерность [8]. Возвращение к истокам и источникам идентичности в виде базовых ценностей и категорий школы выступает необходимым условием реанимации профессионального самосознания. В итоге появляется возможность произнести с уверенностью: "Я – гештальт-терапевт", "Я – психоаналитик", "Я – поведенческий терапевт", "Я – экзистенциальный терапевт" и т.д.

Литература

1. *Большой энциклопедический словарь*. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Большая Рос. энцикл.; СПб.: Норинт, 1998. 1456 с.
2. *Бакунин М.А.* Избранные философские сочинения и письма. М., 1987.
3. *Кропоткин П.А.* Нравственные начала анархизма. М., 1918.
4. *Кропоткин П.А.* Взаимная помощь как фактор эволюции. М., 1918.
5. *Бахтин М.М.* Эстетика словесного творчества. М., 1979.
6. *Погодин И.А.* Близость как отношения на границе контакта // Вестник гештальт-терапии. Минск, 2008. Вып. 5. С. 42-51.
7. *Хайдеггер М.* Бытие и время / пер. с нем. В.В. Бибихина. СПб.: Наука, 2002. 452 с.
8. *Перлз Ф.* Эго, голод и агрессия. М.: Смысл, 2000. 358 с.

ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДОБРОВОЛЬЦАМИ ОБЩИНЫ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ И КРИЗИСА

Н. Агазде

Клиника «Наргиз», Баку, Азербайджан

ORGANIZING COMMUNITY PEER SUPPORT AT TIMES OF CRISES AND EMERGENCIES

N. Agazade

Nargiz Clinic, Baku, Azerbaijan

The Need for Community Peer Support

The need for psychological support is extremely high in emergency and crisis settings. Frequently, due to a wide scale of problems, mental health services provided by professionals (counselors, psychologists, and psychiatrists) are not adequate to address the growing psychosocial needs of the affected population. Therefore, in order to address the needs of distressed and traumatized people, it is necessary to have community mental health volunteers and peer helpers trained in advance as additional resources. The benefits of having peer support systems collaborate with mental health professionals and emergency responders have been demonstrated by many authors (Katz R. et al., 2000; Ochocka J. et al., 2002; Campbell J., Leaver J., 2003; Grauwiler P. et al., 2008; Dowdall-Thomae C. et al., 2009; Jones N.S., Majied K., 2009).

Paraprofessional support has several advantages:

- Informal peer support already exists in many communities, teams, and organizations. Therefore, it makes sense to capitalize on

this phenomenon, and to further develop the community peer helper movement.

- Peer helpers usually act both as paraprofessionals and community representatives, and can provide not only psychological support but also practical help in addressing basic needs (shelter, water, food etc.) and resolving problems.

- Another advantage of community peer help is related to the fact that the helpers themselves are community members, and as such are much closer to the affected population both culturally and physically. They can actively reach out to isolated populations living in the most remote areas.

- Many of the affected persons frequently avoid mental health professionals due to the attached stigma, preferring instead to collaborate with paraprofessionals.

Paraprofessionals are selected from among volunteer community members. These volunteers, who provide psychosocial support and psychological first aid to affected people are generally known as *community helpers*, or *community peer supporters*, or *community mental health activists*. Similarly, at the institutional level, staff members who have been trained to provide paraprofessional support to coworkers and their family members are referred to as *peer helpers* or *peer supporters*. In the current article, the term "*community helpers*" is used in reference to all the aforementioned helper categories.

Responsibilities of Community Helpers

The general tasks and responsibilities of community helpers include the following:

1. Providing paraprofessional support under the supervision of local mental health professionals.
2. Assisting mental health professionals in assessing the needs for psychosocial interventions after traumatic events.
3. Identifying the most affected persons in crises and emergencies.
4. Initiating contact with those community members who demonstrate signs of severe distress.
5. Assisting the affected individuals to cope with traumatic experiences.

6. Providing psychosocial support as needed.
7. Referring, in coordination with the mental health professionals, the most affected persons to medical facilities, as needed.
8. Following up with the affected people in helping them resume and cope with everyday activity.

General Requirements for Community Helpers

The community helpers are expected to have the following characteristics:

- be a respected member of the local community;
- be trusted and viewed as reliable by other members of community;
- have a caring attitude and respect towards others;
- demonstrate overall proficiency and sensitivity in interpersonal communication;
- have excellent listening skills;
- show emotional integrity, maturity, and responsibility;
- have a forthright attitude;
- show motivation, patience, and interest in learning about human behavior;
- be able to maintain confidentiality;
- be aware of the requirement of working within personal limits.

Possible Challenges for Community Helper Networks

- Community helpers may begin working independently (as mental health professionals), while in fact they are unable to provide necessary professional assistance. The contributing factor is that the local government, community leaders, and emergency managers may have the unrealistic expectation of peer helpers acting not only as caring community members but also as mental health professionals.

- Community helpers may not be aware of the requirement of working within personal limits and may start intervening beyond the responsibilities of a helper.

- As is true for ordinary people, when confronted with difficult situations community helpers can also be affected emotionally. Their own expectations and the communities' expectations of them may be too high. The community helpers are in fact just resource persons and not actual problem solvers.

- The community helpers' activities may be blocked by community leaders or members, emergency workers, security officials, or medical personnel. This usually happens if collaborative relations with all stakeholders have not been established.

- Just like emergency professionals, community helpers who provide ongoing assistance to the traumatized population are a high-risk group for psychological effects. They can demonstrate signs of emotional fatigue or burnout, or can suffer from vicarious trauma as they internalize some of the actual consequences of a crisis situation.

All the aforementioned points should be addressed during the training period, and later on during an emergency response through mental health professionals' ongoing supervision of community helpers.

Training of Community Helpers

Community helpers should be trained and available as part of emergency services for community contingency planning, or for business continuity planning for various institutions. The purpose of the training is to provide the selected helpers with comprehensive knowledge and practical skills regarding their role in addressing stress and stress related situations, with special focus on attending to the psychosocial needs of the affected people during emergencies or crises.

The helpers, in teams or as part of a network, should be trained and supervised by mental health professionals, namely psychologists, psychiatrists, or stress counselors. The goal of supervision for these teams or networks of helpers is to guide and direct their interventions of psychological support and empowerment of the affected individuals in traumatic situations.

The helper network should act as a liaison between families, mental health services (both inpatient and outpatient), rescue teams, community leaders, security officers, and the local government. The network should also interact with various institutional bodies, such as local government, community based associations (e.g., women's groups, councils of elderly), staff unions, human resources, and local mental health services. During emergencies, community helpers should also operate as phone helpline operators.

The expected results of the training are as follows:

1. The establishment of a local network of mental health helpers in respective regions of the country. The network should consist of the trained helpers and one or two local mental health professionals (psychologist, psychiatrist, or stress counselor), who would lead the work of the overall network, as well as supervise the work of individual helpers.

2. The facilitation of immediate psychosocial interventions for affected people after traumatic events of emergencies or crises.

3. The establishment of a well-organized referral system for severely affected individuals.

It is recommended that communities within respective regions of the country propose several candidates for the selection process, while the final selection of helpers is made by local mental professionals in collaboration with community leaders. Medical staff, teachers, police personnel, emergency workers, human resource representatives, informal community leaders, representatives from women's groups and staff unions, and line managers are strongly encouraged to participate. Ideally, the community helpers should represent a diverse, demographic group.

Training Overview

A training workshop is generally organized for a select group of approximately 25-30 individuals. Based on a needs assessment or an identified requirement to train more volunteers, the communities can request additional workshops if necessary. The duration of the course is generally 8-10 days, but it can be condensed into 4-5 working days.

Pending availability of funds, the training should be conducted as part of the contingency planning in a pre-emergency period. However, if there is an unexpected onset of an emergency or crisis situation, then a brief orientation training rather than a full workshop should be conducted. In such cases, close supervision is required.

The following topics are generally covered during the training course:

- Community Helper Program Introduction.
- Stress Management: Basic Knowledge, Approaches and Techniques.

- The Impact of Trauma, ASD, and PTSD.
- Communication.
- Working with Diversity.
- Psychological First Aid.
- Harassment.
- Effective Helping Styles.
- Coping with Loss and Death.
- Interventions and Referrals.
- Phone Interventions.
- Taking Care of Yourself.
- Community Helper Program Implementation.

Roles and Responsibilities of Community Helpers

Friends, neighbors, and other representatives from the community assist the affected people by providing psychological first aid, constructive mental health activities, or emotional support. They also help these individuals address particular problems or undertake specific actions. The responsibilities of community helpers can be very diverse and extensive. The type of interventions they provide will depend on the stage of the emergency or crisis, as indicated in the table below.

The Map of Community Peer Helpers' Activities in Emergencies

Before emergency	During emergency	After emergency
Assessment		
Assisting in conducting the needs and resources assessment	Updating the assessment In case of an unexpected emergency, assisting in conducting rapid assessment	Involvement in the post-emergency assessment Monitoring high risk groups Assisting mental health professional in determining delayed traumatic stress, cumulative stress, PTSD, or vicarious trauma behaviors among helpers Assisting in drawing from the lessons learned

Before emergency	During emergency	After emergency
Training		
Training for community representatives, for 5-10 days Trained helpers participate in simulations	Participating in brief training orientation for volunteers if no prior helper training has been done	–
Information, Education, and Communication (IEC) campaign		
Assisting mental health professionals in pretesting and educating/informing public (circulating information, leaflets, brochures etc.)	Assisting in public education/information (circulation of leaflets, brochures etc.)	Assisting in pretesting and educating/informing of updated or new information (circulation of leaflets, brochures etc.)
Coordination		
Participating in periodic meetings	Activation of the community helpers' network Regular meetings Community peer helper outreach on emergency sites	Final meeting Assist in maintaining helpers' network in designated locations; use helpers as community based mental health paraprofessionals in non-emergency settings
Preparing for delivery of support and provision of direct support to the affected people		
Preparing the community map for outreach Initiating the organization of a 24/7 phone helpline Helping mental health professionals compile a referral list	Provision of psychological first aid Provision of emotional support Provision of support during relocation and evacuation Participating in 24/7 phone helpline Referral to professional services	Helpers monitor high risk groups for delayed manifestation of psychiatric disorders among local population Community peer helper network is maintained in the designated locations as paraprofessional aid functioning in non-emergency settings

The role of mental health professionals is to provide guidance to community helpers to ensure that support to survivors of an emergency is provided in the most positive and effective way, and without any potential negative results. It should be noted that affected persons appreciate all significant, simple, and even minor supportive efforts from the helpers and friends, particularly during crisis times.

Community helpers, in conjunction with mental health paraprofessionals, are involved in both programmatic (organizational) activities and support delivery.

Community helpers' *programmatic activities* include:

- Participating in the needs and resources assessment at all stages (before, during, and after the emergency).
- Organizing and completing the helper training program.
- Assisting mental health professionals with IEC campaign – distribution of leaflets, brochures etc.
- Joining the community based trainings and simulations.
- Participating in the periodic coordination meetings.
- Activating the helpers' network.
- Reaching out to the emergency site.
- Organizing a 24/7 phone helpline.
- Monitoring high risk groups for delayed manifestation of psychiatric disorders among local population after an emergency.
- Participating in drawing from the lessons learned.

The main types of *supportive interventions* or *psychosocial support delivery* undertaken by colleagues and friends generally include:

- Providing psychological first aid.
- Providing emotional support.
- Delivering distant support through a 24/7 phone helpline.
- Providing practical assistance.
- Listening.
- Empowering the targeted person to undertake pro-active behaviors.
- Assisting the targeted people in clarifying their problems.
- Helping with addressing practical problems.
- Sharing technical advice, experience, and information with the affected people.
- Referring to professional resources.

These recommendations are clearly described in the specialized literature on providing general paraprofessional support. The recommendations below are adjusted to the context of emergency and crisis. As mentioned previously (Agazade & Martynova, 2010), the helpers' choice of interventions will depend on their capacity in terms of skill and experience in providing support in general, the level of their own emotional involvement, and their availability to provide assistance as required. It is also very important for the helpers to recognize their limits and accept that in some cases they will not be able to effect aid to others. Below are some outlines of helpers' supportive interventions.

Psychological First Aid

The issue of Psychological First Aid (PFA) has become particularly important in the last years, probably due to the increasing number of natural disasters, manmade emergencies, catastrophes, and crises (Crocq L., 2012; Ottenstein R.J., 2010; Crocq L. et al., 2009; Everly et al., 2006; VandePol B. et al., 2006; Lerner M.D., Shelton R.D., 2005; Herman J., 1997; Mitchell, J.T., Everly G.S., 2001; Crocq L., 1999).

The World Health Organization (WHO), jointly with the War Trauma Foundation and World Vision International have recently published guidelines for providing psychological first aid. The guidelines reflect several positive points. They introduce a comprehensive approach, incorporating disaster management and an emphasis on communication during PFA. Other positive points of the guidelines are the special focus on cultural diversity and the importance of self-care. However, the guidelines also contain some technical inconsistencies. For example, in Chapter 1, page 3, *Understanding PFA*, Section 1.2 *What is PFA*, it is mentioned that "*PFA involves the following themes: providing practical care and support which does not intrude...*" Although a "non-intrusive" approach may be appropriate for some clients, it is totally inappropriate while delivering PFA to those persons who require immediate protective measures. This refers, for example, to individuals with suicidal intentions. If PFA is not provided to these individuals, even intrusively, such persons may follow through on their suicidal intentions.

Thus, it is important to remember that psychological first aid is normally provided when the affected person loses control over his or her behaviors and emotional reactions, which can jeopardize either his or her own wellbeing or that of others. If the affected individual's behavior is potentially dangerous in any direction and at any level, then psychological first aid should be provided regardless of the "intrusion" level.

Assisting the Affected People during Evacuation

Relocation within a home country and especially evacuation out of a home country is one of the most stressful events experienced by survivors of emergency or crisis situations. As a result, working with a displaced population is one of the most challenging tasks for relief workers and emergency responders. Therefore, in order to address the psychosocial needs of displaced people, it is recommended that community helpers (with the coordination of counselors and leadership of emergency responders) assist these people during the entire process of relocation or evacuation. Ideally, a team of community helpers should be present at the evacuation/relocation site, during the travel, and at the reception point. The presence of community helpers during the travel per se provides a comforting and reassuring effect on the distressed people.

Listening

Listening and thereby allowing the survivor of the emergency or crisis to openly and comfortably express himself or herself is the most common and practical way of supporting distressed people. Effective listening skills comprise the following most commonly used communication techniques. These are elaborated in detail in the peer supporter training course:

- Questioning – including the ability to ask open-ended, closed ended, and leading questions.
- Paraphrasing – that focuses on the content of the message, usually through brief, re-phrased feedback by the listener.
- Reflecting feelings and words back to the speaker, focusing on the emotional content of the information.
- Clarifying the events, with the objective of determining the accuracy of the information.

- Offering encouragement, with the purpose of eliciting additional information and a fuller account.
- Summarizing the discussion.
- Acknowledging the hardships of the survivor.
- Providing non-verbal support, such as an open and relaxed posture, leaning in towards the speaker, making appropriate eye contact, and using culturally acceptable gestures and body language.

These important techniques are widely discussed in books and articles on communication. However, it should be noted that in order to learn and incorporate these techniques, reading about them is not enough. Community helpers will need to have ongoing training sessions on building specific communication skills. Nevertheless, as a baseline even without such training, using common sense, personal tact, and the accepted cultural norms are good directives for guiding peer helpers to communicate effectively with distressed individuals.

One of the most important elements of active listening is the capacity of the listener to acknowledge the problems that the affected survivor encounters. However, there is also a trap – that is becoming partial to the affected person, and sometimes losing the ability to see a situation with unbiased clarity. While listening to distressed colleagues, we need to keep in mind that we have become informed about an issue through the eyes and reactions of one involved party. Sometimes, the real story can be quite different. Therefore, it is very important that the acknowledgement be provided impartially.

Providing Emotional Support

Support of the affected person can be provided in various forms, including verbally and nonverbally. Sometimes, all the peer helper needs to do is stand next to the distressed person, or be there as silent company during a difficult time without discussing any troublesome issues. Socializing with the victims can be as beneficial as listening. While providing emotional support, it is important to be aware of and follow cultural norms and practices, including gender specific issues. For example, if a community helper and a beneficiary are of different genders, in some cultures they would be discouraged from looking directly into the eyes or face of the other person, or of holding the other person's hand.

Empowering the Affected Person to Take Charge

One of most serious consequences of traumatic events is that the survivor's basic mental and emotional strength becomes compromised, as he or she frequently loses confidence, self-esteem, and self-assurance. In situations of continuous emergency, survivors often become passive, disempowered, and irresolute. They tend to avoid making judgments, make decisions reluctantly or carelessly, and seldom put in any effort to problem solving.

In such cases, positive interventions by helpers and friends can offer encouragement to the affected persons and empower them to take charge of their current and future actions. Community helpers can assist the harassed persons in reevaluating their capacities, rebuilding their self-esteem, and taking hold of fresh, new opportunities.

Assisting the Affected People in Clarifying Their Problems

One of the main challenges for the survivor is to determine the real nature of a problem. In many cases, the targeted persons are so confused and overwhelmed with the emergency situation that they are unaware of the actual nature of the problem. Many persons, particularly those in crisis, assume that a problem is much worse than it actually is. They dramatize and catastrophize what has happened to them, even though a situation may not be so bad and they may have enough potential to overcome the situation. This negative behavior frequently results in evoking the survivor's self-blame.

The role of the community helper in such cases is to assist the affected person in reviewing the situation and identifying the nature and source of the problem, without dramatizing the situation.

Helping with Problem Solving

Once the issue is clarified, a community helper can assist the affected person in finding possible solutions. There may be several options for these solutions, each one with its own advantages and disadvantages. The most important strategy for the community helper in such cases is to avoid giving advice. The helper's main role is to help the affected individuals recognize all the various choices and find the best possible strategy for the resolving the situation.

Sharing Technical Advice, Experience, and Information

In many cases, the affected persons need specific information or technical guidance, and need to benefit from other people's valuable experience as well. They may be unaware that certain information is required for a specific task, or, because of their emotional distress, they may be unable to recall or properly use that information. The role of the community helper in such situations is to provide guidance and inform the affected persons of the relevant resources and assistance available at the emergency site, direct the victim on how to access these, and be there to share his or her own experiences.

Providing Practical Assistance

There may be situations where community helpers are able to provide additional practical assistance to the affected people and can stand by them while this assistance is ongoing. This does not mean that helpers should actually undertake a specific action act instead of the affected individual doing so, but rather they should assist the persons to follow up on these actions themselves. Practical steps undertaken by helpers, regardless of the final outcome, are highly valued by the affected persons. Such support by community helpers can include assistance with routine minor activities and/or assistance in resolving serious problems. In many cases, emotionally overwhelmed individuals may simply require a helper's physical presence during those hard times, along with assistance in performing minor assignments.

Referrals

Community helpers can refer affected persons to relevant professional resources, such as mental health professionals, local government offices, emergency responders and their administrative offices, medical services etc. Referring the affected person to mental health professionals is a very important intervention. All individuals who present with acute stress disorders, post-traumatic stress disorders, or other psychiatric disorders, should be directed to mental health professionals immediately. The same directive applies for individuals with suicidal or homicidal tendencies, survivors of sexual assaults (especially rape cases), and those who demonstrate signs of vicarious trauma. In fact, for any advanced case of cumulative and

traumatic stress responses, the directive should be the same. Generally, whenever a community helper merely suspects a serious mental health disorder, it is better to be overly cautious and refer the affected person rather than overlook potential problems that might result in serious consequences. When referring suicidal or homicidal persons, or rape victims, it is necessary for a community helper (preferably more than one helper) to accompany these individuals at all times.

In other cases, affected persons may require emergency related technical advice regarding the management of their problems in the community. This service can be best provided by emergency management responders or community based governmental officials with the appropriate capacity to address those problems. Individuals with security related issues should be referred to the appropriate officials.

Some Don'ts in Community Support

The following don'ts are well described in the specialized literature on various peer support or self-help groups. Community helpers should be informed about these resources well in advance. It is a good idea to have a leaflet or flier with the pertinent content prepared for distribution. These don'ts should include the following:

Some Don'ts in Community Peer Support

Please keep in mind these simple rules when providing paraprofessional support to affected people in emergencies and crises:

Never breach confidentiality!

This is the most important and basic rule. We should never breach confidentiality unless it is a life-threatening situation, such as intention for suicide or homicide that will likely require intervention by another person. Even then, only the information related to the safety of the affected person should be shared with those people who could provide the necessary assistance.

Do not act as a counselor!

There might be expectations from the affected person or from some managers that peer supporters will act as counselors and thus provide recommendations that only a mental health professional can or should do. Remember that you are a supporter, not a service provider.

Do not advise!

Advising others, especially affected persons, is tempting for a caring community helper or friend. Yet, we have to remember and respect the dis-

tressed person's right to make his or her own decision, no matter what we think about the issue.

Do not overexpose the distressed person!

Do not force the person to share everything with you. We need to remember that when individuals are overwhelmed emotionally they may share some intimate facts that they would not share otherwise. We should remember that sharing too has its limits. The affected person may regret later that he or she has divulged confidential information. Therefore, it is better to create a safe rapport with the person from the very beginning: *"Please feel free to share only as much as you are comfortable sharing"*.

Do not patronize the affected persons or minimize what they are experiencing!

Avoid using phrases like *"It is not as bad as you think!"*, *"You can take care of that!"* or *"Come on, you can manage it!"* The person will resent you treating him or her like a child. It is much more important and helpful to acknowledge the person's difficult experience.

Do not provide support if you are overwhelmed!

As a caring community supporter witnessing or listening to the distressed person, you may be seriously affected emotionally by what you are hearing or seeing. In turn, you may add further distress to the affected person by your own emotional reactions. Also, you may even become the next emotional victim through the mechanism of vicarious traumatization – that is, becoming psychologically traumatized simply by listening to the stories or witnessing dramatic events. The risk of vicarious traumatization can be higher if you have been exposed to similar and unaddressed traumatic experiences in the past. Therefore, whenever you feel that you are overwhelmed and thus unable to help, look for alternative resources or for a colleague to intervene so that you can postpone your own interaction with the distressed person.

Do not take sides!

Your judgment that is based on a one-sided view of the event may be skewed. The affected person may be wrong about his or her own perception of certain circumstances, especially in cases accompanied by conflicts during emergencies. By taking their side, you can further confuse the affected person, even if you have the best intentions.

Do not become a savior!

This role is very tempting and many helpers start with phrases like: *"We will take care of that"* or *"I will do it for you!"* Efforts to fix problems for the affected persons instead of empowering them to do so on their own can cause more harm than good. In some cases, the affected person can perceive such efforts as patronizing. Efforts at rescuing can make the affected person

even more disempowered, which is not the route an effective helper wants to take.

Do not become judgmental and do not blame the affected person or others for any actions!

Your role is not to judge, but to help. One of the temptations of the helper's role is to feel like an expert on the situation and become a judge. Your role is to stick to the evidence, assist the person in crisis, and support them in making their own choice.

Don't overlook the quiet survivors!

Many individuals are stunned after a tragic event. They may appear quiet, unaffected, and fine. We need to remember that many people can be affected by a critical event. Don't overlook those "invisible" problem cases! When you suspect someone is affected by a tragic event, reach out with caring interest and persistence.

Conclusion

Assistance by community helpers can be defined in several strategic areas. These include: response to needs assessment, capacity building, conducting IEC campaigns, coordination of activities, and provision of direct support to the affected population.

Prior to an emergency situation, at the crisis anticipation stage, activities should include assistance to mental health professionals for the needs and resource assessments, with a particular focus on creating the availability of community peer helpers. Based on that, timely training of volunteers as community helpers is essential so that they will be available during crisis or emergency situations. The trained helpers should participate in all simulations activities, and should maintain ongoing education as paraprofessionals. Additionally, they should assist in public education by circulating leaflets, brochures, and other IEC materials. At this stage, preparation for anticipated interventions should be conducted as well. These should include preparing the community map for outreach, assisting in creation and management of a 24/7 phone helpline, and helping to compile a list of referral systems and resources.

During an emergency situation, the main focus should be on support delivery. However, if the emergency is completely unexpected, and no assessment was conducted prior to the event, community helpers should assist mental health professionals in conducting rapid assessment. Similarly, if no community helpers have been

trained, brief orientation trainings should be conducted for volunteers. Information on stress indicators and adaptive coping strategies is urgently needed; therefore, community helpers should be involved in the circulation of leaflets and brochures on these topics. If, however, the preparation was done well in advance, then the assigned mental health professionals need to activate the network of helpers and conduct regular meetings for coordination purposes.

Direct support will include community peer helper outreach at the emergency site, and provision of psychological first aid and emotional support, all as needed. Of special importance is the support provided by helpers to affected people during times of relocation and evacuation. If a 24/7 phone helpline is operational, community helpers should be directly involved as helpline operators. One of the critical activities is referral to professional services, especially mental health facilities and security personnel.

After the emergency phase, community helpers' activities are most valuable in determining delayed distress responses and post-emergency assessment. For that purpose, community helpers should monitor high-risk groups and participate directly in drawing from the lessons learned. It is also beneficial for helpers to circulate leaflets and brochures. A final meeting should be organized to discuss the lessons learned, evaluate actions taken, and look ahead at growth and improvement.

In order to maintain the community helper network in many designated locations, mental health professionals should continue holding meetings and education sessions in non-emergency settings. They are the most helpful link between professional services, paraprofessionals, and the general population.

References

1. *Agazade N., Martynova I.* All Faces of Harassment: A Practical Guide to Resolving Workplace Crisis. New York, Paper Press, 2010.
2. *Brooks R., Goldstein S.* The Power of Resilience. Chicago: Contemporary Books, 2004.
3. *Campbell J., Leaver J.* Emerging New Practices in Organized Peer Support. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) and the National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC). 2003

4. *Crocq L.* 16 leçons sur le trauma. Paris, Odile Jacob, 2012.
5. *Crocq L.* Les traumatismes psychiques de guerre. Paris, Odile Jacob, 1999.
6. *Crocq L., Huberson S., Vraie B.* Gérer les grandes crises. Paris, Odile Jacob, 2009.
7. *Dowdall-Thomae C., Culliney S., Piechura J.* Peer Support Action Plan: Northwest Fire and Rescue // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2009. Vol. 11, N. 3. P. 177-184.
8. *Everly G.S., Jr., Flynn B.W.* Principles and practice of acute psychological first aid after disasters // *Mental health aspects of disasters: Public health preparedness and response, revised / G.S. Everly Jr., C.L. Parker (Eds.).* Baltimore: Johns Hopkins Center for Public Health Preparedness, 2005. P. 79-89.
9. *Grauwiler P., Barocas B., Mills L.G.* Police peer support programs: current knowledge and practice // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2008. Vol. 10, N. 1. P. 27-38.
10. *Herman J.* Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1997.
11. *Jones N.S., Majied K.* Disaster mental health: a critical incident stress management program (CISM) to mitigate compassion fatigue // *J. Emergency Management.* 2009. Vol. 7, N. 4. P. 17-23.
12. *Katz R., Cohen D.I., Hirsh R.M.* Cop to Cop: A Peer Support Training Manual for the Law Enforcement Officer. 2nd ed. Peer Support Press, 2000.
13. *Lerner M.D., Shelton R.D.* Comprehensive Acute Traumatic Stress. Management. New York, The American Academy of Experts in Traumatic Stress, 2005.
14. *Mitchell J.T., Everly G.S., Jr.* Critical Incident Stress Debriefing. Ellicott City, Chevron Pub. Corp., 2001.
15. *Ochocka J., Janzen R., Nelson G.* Sharing Power and Knowledge: Professional and Mental Health Consumer/Survivor Researchers Working Together in a Participatory Action Research Project // *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 2002. Vol. 25 (4). P. 379.
16. *Ottenstein R.J.* Coping with threats of terrorism: a protocol for group intervention // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2003. Vol. 5. P. 39-42.
17. *Psychological first aid: an Australian guide / Australian Psychological Society and Australian Red Cross.* Melbourne, Carlton, 2011.
18. *Psychological first aid: guide for field workers.* World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Geneva, 2011.
19. *Van de Pol B., Labardee L., Gist R.* The Evolution of Psychological First Aid // *J. Empl. Assist.* 2006. Vol. 36, N. 2.

РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИДЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ И ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ¹

А.Н. Захарова

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

Политические и экономические изменения в российском обществе, становление рыночных отношений обусловили необходимость расширения научных исследований в области экономического поведения людей, в поиске оптимальных путей изменения общественного сознания. Это вызвало особый интерес отечественных и зарубежных авторов к проблемам экономической психологии.

Экономическая психология—отрасль психологии, изучающая психические особенности субъекта экономической деятельности, формы психического отражения экономических явлений в сознании индивидов, групп, слоев, классов, народов, а также экономическое поведение, основанное на них [37]. Экономическая наука первоначально рассматривала хозяйствующего субъекта в качестве "экономического человека", т.е. как рационального, изолированного индивида, самостоятельно принимающего решение открыть собственное дело сообразно своим выгодам. Экономическая психология отличается от экономических наук тем, что предметом ее исследования являются не экономические процессы сами по себе, а люди, участвующие в них. Психологические исследования экономического поведения людей направлены на изучение противоречия между рационализмом и иррациональностью поведения людей в сфере экономики.

В настоящее время экономическая психология претендует на решение широкого спектра проблем, находящихся на стыке

¹ Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ проект № 11-16-21014а/В).

психологии, экономической науки, поведенческих факторов, хозяйственной деятельности. Внимание ученых привлекают такие проблемы экономической психологии, психологического изучения различных областей экономической жизни, как психология собственности, психология занятости, психология денег, психология потребления, психология накопления, психология экономического поведения, психология предпринимательской деятельности; психология принятия решений в экономической деятельности, психология рекламы, ряда других.

В нашей стране развитие экономической психологии датируется 80-ми годами XX века. Вместе с тем отдельные стороны взаимосвязи экономики и психологии находили отражение в научных трудах, исследованиях по социальной психологии и психологии управления, публикациях, посвященных проблематике экономической науки, организации и стимулирования труда. Как свидетельствует анализ научных работ, в 60-70-х годах XX века было проделано немало исследований поведения работников промышленных предприятий. Плодотворно работали такие ученые, как В.А. Ядов, А.Г. Здравомыслов, Е.С. Кузьмин, В.В. Новиков, Б.Д. Парыгин, А.Л. Свенцицкий, Ф.Д. Горбов, А.В. Филиппова и др. Некоторые аспекты изучения процесса взаимодействия людей в организациях нашли отражение в работах А.И. Китова, Л.И. Уманского и других исследователей.

В СССР экономическая психология зародилась как наука о психологических условиях эффективного хозяйствования. Первые упоминания об экономической психологии как прикладной ветви психологической науки связаны с работами таких отечественных ученых, как А.И. Китов, В.П. Попов, А.В. Филиппов (80-90-е гг. XX века).

В соответствии с запросами государственной экономической политики того периода основным направлением исследований тех лет стало изучение средств повышения эффективности хозяйственного механизма. Экономическая психология чаще всего рассматривалась как наука о психологических условиях эффективного хозяйствования, ее тематика связывалась с человеческим фактором в производстве и проблемами управления. Таким образом, экономическая психология некоторое время развивалась практически неразрывно с промышленной психоло-

гией и психологией управления [50]. В этом плане определенную ценность представляют научные труды таких авторов, как И.П. Волков, А.Л. Журавлев, А.А. Грачев, Р.Б. Гительмахер, Ю.М. Забродин, О.И. Зотова, А.И. Китов, Б.Д. Парыгин, К.К. Платонов, А.А. Русалинова, Е.В. Таранов, А.В. Филиппов, В.В. Новиков, А.И. Китов, А.Л. Свенцицкий, В.Е. Семенов, Е.С. Кузьмин, В.П. Фоминых, В.А. Ядов, ряда других исследователей. Внимание авторов привлекали такие психолого-экономические аспекты изучения основ жизнедеятельности производственных коллективов, как проблемы экономического мышления руководителей, внедрения хозрасчетных и арендных форм организации труда, отношение к труду и собственности, психологические особенности распределительных отношений, человеческий фактор в экономике, проблемы производительности труда и качества продукции.

Таким образом, еще до момента оформления экономической психологии в России в самостоятельную отрасль знания в отечественной науке уже был накоплен богатый теоретический и эмпирический материал, связанный с исследованием психологических закономерностей поведения и взаимодействия людей в сфере производства (психологические исследования трудовой и профессиональной деятельности, совместной деятельности, трудовых коллективов, управления и руководства).

Ученые связывают равнодушное отношение к экономической психологии, которое преодолено лишь во второй половине 80-х гг. XX века, с некоторыми характерными признаками хозяйственной деятельности тех лет:

1. Преобладание административных методов управления экономикой, регламентировавших отношения как между производителями, так и между производителями и потребителями.

2. Ориентация на промежуточный валовый результат хозяйственной деятельности.

3. Отсутствие целостной концепции человека в имевших место социально-экономических моделях. По существу, человек рассматривался только как рабочая сила, трудовой ресурс, производитель, потребитель. Не было разработано подходов к человеку как основной производительной силе общества, хотя такой взгляд декларировался.

4. Главенствование технократического взгляда на производство и его организацию, который в большей мере согласовывался с административно-командными методами управления [29].

В начале 80-х гг. XX века в АНХ при Совете Министров СССР были развернуты исследования по проблемам экономической психологии.

Важным этапом развития экономической психологии в нашей стране стало появление таких книг, как "Психология управления", 1982; "Психология и экономика", 1983; "Актуальные проблемы экономической психологии", 1984; "Формирование нового типа экономического мышления", 1985; "Психологические проблемы ускорения социально-экономического развития", 1986, и первой русскоязычной монографии "Экономическая психология" А.И. Китова (М., 1987). Большую помощь в разработке этих тем оказали психологам экономисты и социологи академии – Г.В. Бадеева, Р.В. Гаврилов, Н.Н. Гвоздев, В.С. Немченко, П.А. Скипетров, В.П. Шкретов, А.А. Хандруев, Ю.В. Яковец.

В своей монографии "Экономическая психология" А.И. Китов, отдавая дань политическим реалиям тех лет (в свете требований XXVII съезда КПСС и последующих пленумов ЦК партии, проводит критический обзор психологизаторских тенденций в буржуазной политической экономии), высказывает свою точку зрения на предмет, проблематику и актуальные задачи экономической психологии, психологические аспекты важнейших направлений реализации концепции ускорения социально-экономического развития. В книге анализируется резерв человеческого фактора, пути выявления и вовлечения их в хозяйственную деятельность; рассматриваются психологические грани нового формирующегося хозяйственного механизма; предпринимается попытка выявить своеобразие психологического подхода к совершенствованию экономических отношений.

В свете развития и становления экономической психологии следует отметить Всесоюзный симпозиум по актуальным проблемам социальной психологии (г. Кострома, май 1987 г.). Выступления и дискуссии помогли точнее определить проблематику

ку междисциплинарных исследований, четче обработать "общий язык", понятный и экономистам, и психологам, и хозяйственным руководителям.

После начала политического и экономического реформирования в нашей стране основным направлением прикладных исследований стал поиск ответов на вопрос "что тормозит" и "почему не идут" некоторые реформы. Перед учеными возникла необходимость изучения проблем формирования нового экономического мышления людей, перестройки их экономического поведения с учетом внедрения рыночных отношений, устранения многих устаревших догм и экономических стереотипов социалистических производственных отношений.

К числу исследователей, обративших свое внимание на изучение психолого-экономических проблем изменяющегося российского общества на этом этапе развития экономической психологии, следует отнести таких ученых как: А.И. Китов, В.Д. Попов, О.С. Дейнека, А.Л. Журавлев, В.П. Позняков, В.А. Хащенко, В.В. Спасенников, О.Г. Посыпанов, В.М. Соколинский, В.П. Фоминых.

Выходят такие книги как "Социально-психологическая динамика в условиях экономических изменений" (1995); "Социальная психология экономического поведения" (1999); "Психологические основы экономики" (Соколинский В.М., 1999), "Экономическая психология" (Дейнека О.С., 1999).

Сравнивая особенности развития экономической психологии в России и странах с развитой рыночной экономикой, В.П. Позняков к числу характерных черт развития отечественной экономической психологии тех лет относит:

- более высокий интерес к сфере производства материальных и духовных благ и в меньшей степени – обмена и распределения, чем потребления;

- акцентированное внимание к процессам принятия экономических решений, экономического поведения и взаимодействия партнеров в условиях торговых переговоров и сделок. При этом активно используется моделирование экономических процессов в условиях лабораторных экспериментов с деньгами.

Вторая тенденция отражает избегание зарубежными исследователями собственно социальных сторон и проблем экономической жизни, отношений собственности (этой святой святых буржуазного общества), бедности и богатства, отношений между предпринимательством и наемным трудом, безработицы. Для отечественной экономической психологии, как отмечает В.П. Позняков, напротив, характерно пристальное внимание именно к этим узловым социальным проблемам экономической жизнедеятельности. Проведение эмпирических исследований по этим направлениям предполагает изучение сознания и поведения представителей различных социально-экономических групп в естественных условиях их жизнедеятельности, не ограничиваясь анализом только субъективных представлений и мнений, выявляемых с помощью опросных методов, необходимость изучать их во взаимосвязи с особенностями реального экономического поведения в конкретных социально-экономических условиях, в условиях радикальных социально-экономических изменений [33].

В этот период активизировалось экономико-психологическое исследование социально-психологических проблем экономических изменений в российском обществе (А.Л. Журавлев, Е.В. Шорохова, 1996, 1997, 1998, 1999), экономико-психологической адаптации российского населения к рынку (О.С. Дейнека, 1999); экономической депривации (К. Муздыбаев, 1997); психологии предпринимательства; рекламной деятельности (А.Н. Лебедев, А.К. Боковиков, 1995), потребительского поведения (О.Г. Посыпанов) и др.

В серии исследований, выполненных в Институте психологии РАН под руководством А.Л. Журавлева (1996, 1998, 1999), изучалась динамика социально-психологических феноменов в условиях экономических изменений.

Возникновение в этот исторический период в российском обществе новой социальной общности людей – предпринимателей, формирование и развитие малого и среднего бизнеса обусловило огромный научный интерес к проблемам психологии предпринимательства.

С началом экономических реформ в России российское предпринимательство стало предметом интенсивных междис-

циплинарных исследований. Первоначально большинство работ в данном направлении было выполнено экономистами, социологами, историками. Вопросы предпринимательства получили новое освещение в трудах таких отечественных ученых как Л.И. Абалкин, А.И. Агеев, В.С. Автономов, П.Г. Бунич, А.В. Бусыгин, Т.И. Заславская, В.В. Радаев, Г.П. Черников, А.Ю. Чепуренко, В.М. Яковлев и ряда других. Со временем был выполнен и ряд исследований в области психологии российского предпринимательства, различных ее аспектов, психологических предпосылок успешности российских предпринимателей (А.Л. Журавлев, Н.А. Журавлева, Т.В. Корнилова, В.В. Марченко, В.П. Позняков, В.А. Хашенко, Е.В. Шорохова, А.Е. Чирикова, В.П. Фоминых, Г.Г. Вербина, А.Н. Захарова, Г.С. Дулина и др.).

На наш взгляд, одной из самых актуальных и глубоких работ в данной области стала серия исследований психологических отношений российских предпринимателей в сфере деловой активности, проведенных в Институте РАН под руководством А.Л. Журавлева и В.П. Познякова [47; 32; 41]. Исследовалась взаимосвязь успешности предпринимательской деятельности с такими показателями, как субъективная оценка успешности и удовлетворенности результатами своей предпринимательской деятельности; мотивы и ценности в сфере экономической деятельности; уровень притязаний и оценка собственных возможностей в достижении экономического успеха. Кроме того, данная серия исследований показала определенную региональную специфику социально-психологических факторов экономического поведения у предпринимателей (различия между московскими предпринимателями и осуществляющими свой бизнес в центральных регионах России).

Были проведены 1-я и 2-я всероссийская научно-практические конференции Российского психологического общества "Психология и экономика" (Калуга, 2000, 2002).

Период с середины 90-х гг. XX века и начало XXI века характеризовались скачкообразной динамикой интереса к исследованиям в области экономической психологии. На этот период приходится основной объем выполненных кандидатских

и докторских диссертаций по экономико-психологической тематике [12].

Современное состояние российской экономической психологии, на наш взгляд, глубоко проанализировано в авторитетных коллективных монографиях издания Института психологии РАН "Проблемы экономической психологии", изданных в 2004 и 2005 гг. [35; 36]. Наиболее типичными для российского общества проблемами, исследованными в эти годы, считаются проблемы *динамики* или *трансформации* различных социально-психологических, экономико-психологических, организационно-психологических и многих других феноменов на уровне личности и межличностных отношений, группы и межгрупповых отношений в условиях интенсивных (или радикальных) социально-экономических и других изменений, имеющих место в российском обществе. Научная значимость и уникальный накопленный опыт изучения проблем трансформации феноменов социальной, в частности экономической, психологии, связывается авторами с тем, что в России естественным путем сложились благоприятные условия для исследования этих проблем, что объясняется радикальными макроэкономическими изменениями, вызвавшими интенсивную динамику разных форм индивидуального, группового и общественного сознания, особенно экономического сознания. Такие изменения, хотя и в разной степени, коснулись практически представителей всех возрастных групп, включая детей разного возраста. Среди них отмечается исследования таких феноменов, как трансформация отношений собственности, динамика кризисных явлений в сфере занятости, динамика доверия российских предпринимателей к различным видам организаций, преобразования в управленческих стратегиях "старых" и "новых" российских директоров, динамика отношения различных категорий российских потребителей к рекламе, динамика ориентаций на экономические ценности представителей различных социальных групп и др. [12].

Важной вехой развития экономической психологии, с которой вклад психологов в экономику признается научной общественностью неоспоримым, стало присуждение израильско-американскому ученому-психологу Даниелю Канеману в 2002 г. Нобелевской премии в области экономики за интеграцию ре-

зультатов психологических исследований в экономическую науку, прежде всего в области суждений и принятия решений в условиях неопределенности, несмотря на то что исследование он выполнял как психолог, а не как экономист.

В настоящее время экономическая психология в российской науке соответствует статусу самостоятельной отрасли по всем выделенным А.Л. Журавлевым (2004) критериям, кроме наличия профессиональной ассоциации и специального журнала экономических психологов. Этот дефицит частично был восполнен членством российских ученых в IAREP (International Association for Research in Economic Psychology) и в IAAP (International Association of Applied Psychology) по 9-му направлению (Economic Psychology) и публикациями в зарубежных изданиях. После Пражской конференции IAREP в 2005 г. в бюллетене ассоциации была помещена статья-презентация российской экономической психологии. В качестве ведущих научных центров развития дисциплины были названы Институт психологии РАН (Москва), лаборатория социальной и экономической психологии (проф. А.Л. Журавлев – директор института и зав.лабораторией); Высшая школа экономики (Москва), факультет психологии и факультет экономики (проф. В.В. Радаев – проректор); Санкт-Петербургский госуниверситет, факультет психологии, кафедра политической психологии (проф. О.С. Дейнека); Байкальский университет экономики и права (Иркутск), кафедра социальной и экономической психологии (проф. А.Д. Карнышев); Санкт-Петербургский университет экономики и финансов, лаборатория этики бизнеса и экономической психологии (доц. Э.Х. Локшина) и Чувашский госуниверситет (Чебоксары), лаборатория менеджмента (проф. В.П. Фоминых) [6].

Чувашия была отмечена среди научных лидеров в экономической психологии не случайно. В аналитической статье директора Института психологии РАН А.Л. Журавлева, посвященной, в частности, анализу развития в стране экономической психологии, научному центру ЧГУ дана следующая характеристика: "В качестве примера можно привести тот факт, что в России сформировалось интересное научное направление исследований, разрабатываемое большим научным коллективом

психологов под руководством профессора В.П. Фоминых в Чувашском государственном университете и получившее название "Психолого-экономические проблемы управленческой деятельности"[11].

В Чувашской Республике активно проводились конференции, посвященные интеграции психологии и экономики: Республиканская научно-практическая конференция "Психология и экономика: проблемы интегрированного взаимодействия и развития" (Чебоксары, 1999); Поволжская научная конференция "Экономическая, политическая и духовная трансформация Приволжского федерального округа" (Чебоксары, 2001); Республиканская научно-практическая конференция "Исследование гендерных особенностей предпринимательской деятельности населения Чувашской Республики" (Чебоксары, 2001); Республиканская конференция "Гендерный компонент в структуре предпринимательского климата" (Чебоксары, 2003); Региональная научно-практическая конференция "Психология и духовно-нравственное здоровье российского общества" (Чебоксары, 2004); II съезд психологов Чувашии "Психология в изменяющейся России" (Чебоксары, 2002); III съезд психологов Чувашии "Психология и духовность человека в системе рыночных отношений" (Чебоксары, 2006); Региональная научно-практическая конференция "Социально-психологические проблемы улучшения экономической и духовно-нравственной жизни населения Приволжского Федерального округа" (Чебоксары, 2008).

Активно проводились исследования по данной проблематике, защищались диссертации, увидели свет монографии, освещающие результаты теоретических и эмпирических исследований психолого-экономических проблем (Г.Г. Вербиной, А.Н. Захаровой, С.А. Петуновой, Н.В. Григорьевой, Г.С. Дулиной) [3; 19; 31; 5; 8].

Диссертации А.Н. Захаровой, Г.Г. Вербиной, Г.С. Дулиной [15; 2; 9] вошли в список "Избранная библиография отечественных публикаций по психологии предпринимательства" возобновляемой электронной базы данных социально-психологического мониторинга "Российские предприниматели в изменяющемся обществе" (руководитель проекта В.П. Позняков), ведущемся на сайте Института психологии РАН [43].

Исследования по экономической психологии были поддержаны грантами Российским фондом фундаментальных исследований "Социальная реальность: трансформация экономического сознания и поведения населения в изменяющихся условиях", "Организация и проведение экспедиции по исследованию трансформации экономического сознания и поведения молодежи в изменяющихся условиях" и Российским гуманитарным научным фондом (региональный конкурс "Волжские земли в истории России"): "Комплексное исследование экономического поведения руководителей промышленных предприятий Чувашии" (научно-исследовательский коллектив в составе В.П. Фоминых, А.Н. Захаровой).

Был опубликован целый ряд посвященных данной тематике сборников научных статей [4; 20; 34; 38; 39; 40; 42; 48].

2009 год был отмечен скорбной датой для психологов Чувашии: не стало профессора В.П. Фоминых – основателя научной школы социальной психологии в г. Чебоксары. Лучшим проявлением уважения к корифею социальной психологии, удостоенному за свои заслуги званием "Лучший социальный психолог России", и признания станет активная и эффективная работа по развитию психологической науки в Чувашии, в том числе и экономической психологии, и продолжение лучших традиций этой научной школы.

Характеризуя развитие экономической психологии в регионах, следует отметить, что в России стали регулярно проходить специализированные конференции по экономической психологии: в Иркутске (руководитель проф. А.Д. Карнышев) и в Омске (руководитель доц. М.Ю. Семенов). В 2007 г. создан сайт, посвященный экономической психологии ("Экономическая психология в России". В 2009 г. в Саратове был открыт первый в России Центр психолого-экономических исследований, занимающийся вопросами экономической психологии (ЦПЭИ СГСЭУ при СНЦ РАН). Выходят в свет специализированные журналы по экономической психологии: междисциплинарный международный научный журнал "Психология и экономика" (Саратовский государственный социально-экономический университет, г. Саратов) и журнал "Психология в экономике и управлении"

(Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск).

Современное состояние экономико-психологических проблем в мировой науке и России обсуждалось на одной из наиболее представительной конференции последних лет по экономической психологии – Международной научно-практической конференции "Экономическая психология в современном мире", посвященной памяти А.И. Китова (ноябрь 2012 г.). В работе конференции приняли участие ученые из 11 стран (Австрия, Беларусь, Бельгия, Великобритания, Израиль, Индонезия, Нидерланды, Польша, Украина, Франция, Швеция). В докладах и обсуждениях были затронуты различные аспекты экономической психологии: поведение экономических агентов, доверие потребителей, процесс принятия экономических решений, национальное экономическое поведение, личностные особенности предпринимателей, а также роль глобальных экономических процессов в развитии общества и психологические эффекты, сопровождающие эти процессы. На конференции прозвучали выводы, что современная отечественная психология все еще во многом ориентируется на идеи советского времени, при том что методология советской психологии была основана на идеях коммунистического мировоззрения, т.е. на отрицании рыночных отношений, ограничении и запрещении различных форм собственности, на концепции адекватного психического отражения. Были даны рекомендации, что сегодня нужно объединяться в поисках решений с мировыми научным сообществом, искать путь в совместном развитии экономической психологии и экономики [23].

Характерной особенностью состояния экономической психологии в последнее время стал поиск этнических, социокультурных, региональных черт экономического сознания и поведения различных этнических и социальных групп: социокультурный подход в экономической психологии (И.В. Андреева); экономической этнопсихологии (А.Д. Карнышев, М.А. Винокуров, Е.Л. Трофимова, Т.Д. Бурменко); культуры как фактора определяющего социально-экономическое развитие общества (Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко, Е.Г. Ясин). За рубежом подобные

исследования ведутся в русле изучения кросс-культурных различий в экономической психологии.

В рамках научного направления экономической этнопсихологии А.Д. Карнышевым в соавторстве с М.А. Винокуровым и Т.Д. Бурменко было опубликовано ряд крупных работ, среди которых монографии и учебные пособия. Данное научное направление рассматривает этнопсихологические аспекты собственности, экологического туризма и сервиса, межкультурной компетентности в экономике и др. [1; 21; 22].

В работах Н.М. Лебедевой, А.Н. Татарко освещаются социокультурные факторы экономического развития, представлены теоретические подходы и результаты эмпирических исследований взаимосвязи ценностей культуры, экономических установок и отношений к инновациям в России [49].

В Чувашской Республике в настоящее время исследования по проблематике экономической психологии ведутся в Чувашском государственном университете имени И.Н. Ульянова на базе кафедры социальной и клинической психологии.

Следует отметить, что вектор развития психолого-экономических идей в Чувашии имеет отчетливо междисциплинарную направленность, вовлекая в научный оборот, интегрируя, теоретические и эмпирические достижения психологической (организационной, возрастной, клинической, гендерной психологии, психологии труда, управления), экономической, медицинской, философской отраслей познания.

Исследования А.Н. Захаровой по научному направлению "Экономическая психология: региональные и социокультурные аспекты" ведется в русле научной концепции "экономический менталитет в структуре российской полиментальности", раскрываемой в научных публикациях автора в тесной взаимосвязи различных менталитетов с экономическим поведением населения Российской Федерации как комплекса психологических характеристик проявлений менталитета в сфере экономической жизнедеятельности человека в общей системной целостности [19].

Анализируя экономический менталитет в структуре российской полиментальности как категорию научного познания, автор раскрывает его социально-психологические, философские, со-

циально-экономические, этнопсихологические, аксиологические, конфессиональные и другие аспекты. Изучаются наиболее значимые особенности российского, советского и постсоветского, регионального этноменталитета, оказывающие влияние на экономическое поведение населения Чувашской Республики. Исследуются исторические тенденции формирования и развития экономического поведения населения на территории современной Чувашии, характеристики традиционных моделей экономического поведения, отношения к труду, восприятия богатства и бедности, привычных форм и организации экономического поведения, закрепленных в этноменталитете народов, проживающих на территории Чувашской Республики [18]. Описаны некоторые значимые характерные экономико-психологические аспекты этноменталитета населения Чувашии [16]. Накоплен достаточно обширный эмпирический материал исследования экономико-психологических характеристик сознания и поведения различных социальных групп Чувашии, их динамики.

В научных публикациях анализируются экономические данные региона и республики в исследовательском ракурсе социально-экономического и социокультурного контекста становления экономической активности населения ЧР [14], качества жизни и благополучия личности. Рассматриваются исторические предпосылки формирования экономического поведения, его гендерных аспектов. Данное направление исследований поддержано грантом Российского гуманитарного научного фонда (региональный конкурс "Волжские земли в истории России"): "Социально-психологические особенности экономической активности женщин Чувашии: история и современность" (руководитель А.Н. Захарова). Подготовлен ряд учебных пособий по экономической психологии [13].

На стыке наук – исследования Е.Л. Николаева в рамках научного направления "Психологические основы здоровья и благополучия личности" [24-28]. Научные работы Г.Г. Вербиной по теме "Психолого-акмеологическая концепция развития профессионального здоровья специалиста" посвящены проблеме развития профессионального здоровья специалиста, в том числе и представителей управленческого труда и бизнес-структур. Исследования Г.С. Дулиной посвящены теме духовно-

нравственной сферы личности в современном изменяющемся обществе, отношения к религии, религиозной культуре, содержательных аспектов религиозных представлений-верований различных социальных групп населения, в том числе и бизнес-слоя ЧР, предпринимателей; ценностно-смысловой структуре личности молодежи, включая и экономические ценности [10]. Научно-исследовательская работа С.А. Петуновой посвящена изучению проблем адаптации и конкурентоспособности безработных на рынке труда ЧР [30]. В работах Н.В. Григорьевой делается акцент на исследовании социально-психологических аспектов профессионального самоопределения безработной молодежи; в работе И.В. Ермаковой – на исследовании процесса экономической социализации старшеклассников.

Таким образом, краткий анализ эволюции психолого-экономических идей позволил выявить особую актуальность и востребованность проблематика экономической психологии в условиях кардинальной модернизации, происходящей смены политической, социоэкономической и социокультурной парадигмы современного российского общества. Данная отрасль научного знания активно развивается в современной России и Чувашской Республике, расширяя горизонты исследований, вовлекая в научный оборот все новые теоретические и эмпирические данные.

Литература

1. *Введение* в экономическую этнопсихологию: учеб. пособие / М.А. Винокуров, А.Д. Карнышев. 2-е изд., испр. и доп. Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2007. 436 с.
2. *Вербина Г.Г.* Социально-психологическая регуляция эмоциональных состояний предпринимателей в изменяющихся условиях экономической деятельности: дис. ... канд. психол. наук. Чебоксары, 2001. 164 с.
3. *Вербина Г.Г.* Эмоции и психическое здоровье предпринимателей Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2002. 143 с.
4. *Гендерный* компонент в структуре предпринимательского климата: сб. материалов респ. науч.-практ. конф. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2003. 78 с.
5. *Григорьева Н.В.* Профессиональное самоопределение безработной молодежи Чувашии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 160 с.

6. *Дейнека О.С.* Экономическая психология (статус, развитие, образовательные перспективы) // Нац. психол. журн. 2010. №2 (4). С. 110-114.
7. *Дейнека О.С.* Экономическая психология. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. 140 с.
8. *Дулина Г.С.* Личностный потенциал предпринимателей. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 179 с.
9. *Дулина Г.С.* Социально-психологические аспекты личностного потенциала предпринимателей: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2004. 204 с.
10. *Дулина Г.С., Захарова А.Н.* Ценностные приоритеты студенческой молодежи в условиях становления гражданского общества // Вестник Чуваш. гос. пед. ун-та имени И.Я. Яковлева. 2013. № 1-2. С. 63-67.
11. *Журавлев А.Л.* Междисциплинарность экономической психологии и критерии оценки ее состояния // Психология в экономике и управлении. 2009. № 1. С. 12-13.
12. *Журавлев А.Л., Купрейченко А.Б.* Об актуальности исследований в области экономической психологии в России // Проблемы экономической психологии. Т. 2. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2005. С. 3-12.
13. *Захарова А.Н.* Экономическая психология: кросс-культурные, социокультурные, региональные особенности: учеб. пособие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. 120 с.
14. *Захарова А.Н.* Проблема экономической активности женщин Чувашии: социокультурный контекст // Вестник Чуваш. гос. пед. ун-та имени И.Я. Яковлева. 2013. № 1-1. С. 49-54.
15. *Захарова А.Н.* Социально-психологические факторы в структуре экономического поведения предпринимателей: дис. ... канд. психол. наук. Чебоксары, 2001. 186 с.
16. *Захарова А.Н.* Экономико-психологические аспекты этноменталитета населения Чувашии // Вестник Чуваш. ун-та. 2013. № 1. С. 85-92.
17. *Захарова А.Н.* Экономический менталитет в структуре российской полиментальности: анализ научной категории // Вестник Чуваш. гос. пед. ун-та имени И.Я. Яковлева. Сер. Гуманит. и пед. науки. 2012. № 3 (75). С. 74-81.
18. *Захарова А.Н.* Экономический менталитет в структуре российской полиментальности. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2011. 336 с.
19. *Захарова А.Н.* Психология экономического поведения предпринимателей. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2002. 175 с.

20. *Исследование* гендерных особенностей предпринимательской деятельности населения Чувашской Республики: сб. ст. респ. науч.-практ. конф. Чебоксары. 2001. 60 с.
21. *Карнышев А.Д., Винокуров М.А.* Этнокультурные традиции и инновации в экономической психологии. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2010. 480 с.
22. *Карнышев А.Д., Бурменко Т.Д., Иванова Е.А.* Экономическая психология собственности: учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. Иркутск, 2006.
23. *Лебедев А.Н., Мужичкова Ю.Е.* Экономическая психология в современном мире // Гуманитар. науки. 2012. № 4 (8). С. 119-122.
24. *Николаев Е.Л.* Сопряженность социокультурных параметров личности с пограничными состояниями // Вестник Чуваш. ун-та. 2005. № 3. С. 285-291.
25. *Николаев Е.Л.* Интегративные тенденции психотерапии в контексте взаимодействия культур // Соц. и клин. психиатрия. 2005. Т. 15. № 3. С. 63-68.
26. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
27. *Николаев Е.Л.* Психотерапия в контексте культуры. Статья вторая: этнокультуральные детерминанты психотерапевтического процесса // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 45-76.
28. *Николаев Е.Л., Игнатьев Ю.В., Мухамадиев Д.М.* Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. 378 с.
29. *Основы экономической психологии / А.В. Мощенко, И.В. Костина* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://website-seo.ru/84-024501011.html> (дата обращения: 12.04.2010).
30. *Петунова С.А., Николаев Е.Л.* Оценка эмоционального благополучия безработных в процессе вторичной профессионализации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2012. № 8. С. 105-109.
31. *Петунова С.А.* Социально-психологическая адаптация безработных. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 187 с.
32. *Позняков В.П.* Региональные особенности психологических отношений российских предпринимателей к своей деятельности // Соц.-психол. исслед. руководства и предпринимателей. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 1999. С. 84.

33. *Позняков В.П.* Экономическая психология: социальная психология: учеб. пособие / отв. ред. А.Л. Журавлев. М.: ПЕР СЭ, 2002. 351 с.
34. *Проблемы* региональной экономической психологии: сборник научных трудов / под общ. ред. А.Н. Захаровой. Чебоксары: Пегас, 2007. 168 с.
35. *Проблемы* экономической психологии. Т. 1. / отв. ред. А.Л. Журавлев, А.Б. Купрейченко. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2004. 436 с.
36. *Проблемы* экономической психологии. Т. 2. / отв. ред. А.Л. Журавлев, А.Б. Купрейченко. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2005. 644 с.
37. *Психологический* лексикон. Энциклопед. словарь: в 6 т. / под. ред. М.Ю. Кондратьева. М.: ПЕР СЭ, 2006.
38. *Психология* и экономика: проблемы интегрированного взаимодействия и развития: материалы науч.-практ. конф. 2-3 февр. 1999 г. / под общ. ред. В.П. Фоминых. Чебоксары, 1999. 134 с.
39. *Психология* человека в условиях мирового финансового кризиса: проблемы, научные исследования, психологическая практика: сб. науч. тр. / под общ. ред. А.Н. Захаровой. Чебоксары: тип. Горизонт, 2009. 160 с.
40. *Психология* экономического поведения руководителя (материалы комплексных исслед. экон. поведения руководителей предприятий Чувашии): сб. науч. ст. / отв. ред. В.П. Фоминых. Чебоксары, 2001. 111 с.
41. *Психология*: учебник для экон. вузов / под общ. ред. В.Н. Дружинина. СПб.: Питер, 2000. 671 с.
42. *Психолого-экономические* аспекты управленческой деятельности: сб. науч. ст. / отв. ред. В.П. Фоминых. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та. 2003. 230 с.
43. *Российские* предприниматели в изменяющемся обществе: Возобновляемая электронная база данных социально-психологического мониторинга. Институт психологии РАН [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/dop_dokume/rossijskie/rossijskie1.html (дата обращения: 25.09.2013).
44. *Соколинский В.М.* Психологические основы экономики. М. 1999. 215 с.
45. *Социальная* психология экономического поведения / отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.В. Шорохова. М.: Наука, 1999. 237 с.

46. *Социально-психологическая* динамика в условиях экономических изменений / отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.В. Шорохова. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 1998. 295 с.
47. *Социально-психологические* исследования руководства и предпринимателей. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 1999. 276 с.
48. *Социально-психологические* проблемы улучшения экономической и духовно-нравственной жизни населения Приволжского федерального округа: материалы регион. науч.-практ. конф. / под общ. ред. В.П. Фоминых. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2008. 360 с.
49. *Ценности* культуры и модели экономического поведения / под общ. ред. Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко; науч. ред. Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко. М.: Спутник+, 2011. 390 с.
50. *Экономическая* психология / под ред. И.В. Андреевой. СПб: Питер, 2000. 512 с.

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ К НЕТРАДИЦИОННОЙ (НАРОДНОЙ) МЕДИЦИНЕ

А.В. Худяков, Н.Д. Позднякова, И.В. Кулигин

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Актуальность. До настоящего времени не существует чёткого понятия таких методов в медицине, как "традиционные" и "нетрадиционные". Два десятилетия назад под традиционной медициной понимали медицину, использующую официально узаконенные методы. Все остальные методы, эффективность и безопасность которых не была доказана научным методом, относили к понятию "нетрадиционная" медицина [6]. В том случае, когда нетрадиционная медицина применялась вместо традиционной, она называлась "альтернативной" [5]. В дальнейшем представители нетрадиционной медицины стали заявлять, что именно их методы являются традиционными, поскольку многие из них имеют многовековую историю. Именно эти методы в дальнейшем стали обозначаться понятием "народной" медицины. Так, в статье 50 "Закона о здравоохранении" под народной медициной понимаются "...методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений, и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. К народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов". При этом в законе не указаны конкретные методы.

Поскольку мы не смогли найти общепринятой классификации методов неофициальной медицины, пришлось воспользоваться данными "Википедии" [2]. В соответствующей главе к числу методов "нетрадиционной медицины" относятся следующие: гомеопатия, фитотерапия, ароматерапия, фунготерапия, талассотерапия, гирудотерапия, бальнеотерапия, скипидарные ванны, голодание, акупунктура (иглоукалывание) и традиционная китайская медицина, акупрессура (точечный массаж), "аюрведа", биоэнергетика, биорезонансная диагностика, КВЧ-метод,

литотерапия (лечение камнями), тибетская медицина, мануальная терапия, метод шиацу, остеопатия, су-джок (прижигания полынью и другие методы традиционной восточной медицины), магнитотерапия, "Медицина Болотова", медетерапия (лечение медью), энергетическая медицина, энотерапия (винотерапия), имидж-терапия, "метод Фолля", результаты иридодиагностики, прикладная кинезиология, результаты диагностики по языку, вибрационная медицина. Мы понимаем уязвимость данного списка, поскольку он включает в себя как абсолютно ненаучные методы (например, имидж-терапия), так и те методы, которые разрешены официальной медициной (магнитотерапия, фитотерапия).

Цель исследования: изучить характеристику отношения к нетрадиционным методам медицины врачей и пациентов.

Материалы и методы. Проведен опрос с помощью специально созданной анкеты: опрашивались 42 врача (психиатры, педиатры, терапевты, офтальмологи, ЛОР, акушеры-гинекологи, урологи) и 42 пациента, страдающих различными заболеваниями.

Результаты. Средний показатель информированности врачей о нетрадиционной медицине составил 19 методов, тогда как пациенты указывали 12 методов. Из опрошенных врачей только один знаком практически со всеми методами нетрадиционной медицины – 32, минимальный уровень знания – 3 метода – был также отмечен у одного врача. Аналогичная ситуация отмечена и у пациентов: максимальное число методов составило 25 (1 человек), минимальное – 1 метод (1 человек).

Подавляющему большинству врачей (более 90 %) наиболее известны следующие 8 методов: гомеопатия, фитотерапия, ароматерапия, апитерапия, гирудотерапия, бальнеотерапия, акупунктура, мануальная терапия. Наиболее известным методом среди пациентов (более 90 %) оказалась фитотерапия. К числу мало известных пациентам методов относятся: прикладная кинезиология, винотерапия, "медицина Болотова", энергетическая медицина, шиацу, биоэнергетика, имидж-терапия, "метод Фолля" (с ними знакомы менее 10 % пациентов).

Врачи достаточно часто (72 % опрошенных) обращаются за лечением к методам нетрадиционной медицины. При этом 80 %

из них оказались удовлетворены полученным результатом, не удовлетворены – 20 %. Обращаемость пациентов к методам народной медицины оказалась несколько ниже и составила 57 %, а удовлетворённость была несколько выше – 89 %. Из числа опрошенных врачей подавляющее большинство (72 %) рекомендовало пациентам тот или иной метод нетрадиционной медицины. Как правило, рекомендации касались фитотерапии – 67 %. Остальные методы назначаются относительно редко: ароматерапия и водолечение (по 27 %), апитерапия (24 %), гомеопатия (21 %), голодание и мануальная терапия (по 18 %). Сами пациенты, по назначению врача, используют фитотерапию (30 %) и бальнеотерапию (24 %), апитерапию (21 %), остальные методы задействованы незначительно. По собственной инициативе пациенты обращаются за назначением метода фитотерапии (21 %) и мануальной терапии (12 %). При этом информацию о методах нетрадиционной медицины пациенты получают из СМИ (79 %), советов знакомых (60 %), медицинских работников (36 %), рекламы (17 %).

Как среди врачей, так и среди пациентов нет метода, который они считали бы абсолютно допустимым к применению. Свыше 50 % врачей доверяют 8 методам: гомеопатии, фитотерапии, ароматерапии, апитерапии, гирудотерапии, бальнеотерапии, акупунктуре, мануальной терапии. Среди пациентов нет полного доверия к методам нетрадиционной медицины – не сочли допустимыми к использованию такие методы, как "медицина Болотова", биоэнергетика, энергетическая медицина и виโนтерапия. Только метод фитотерапии пользуется наибольшим доверием более чем у половины пациентов (69 %).

В России, согласно проведённому в 2007 г. исследованию РАМН, у 95 % "народных целителей" отсутствует медицинское образование, а более 40 % из них нуждаются в лечении психических отклонений [3; 4]. Регулярное посещение "целителей" и выстраивание жизни по их рекомендациям может быть признаком и последствием расстройства психической адаптации — магифренического синдрома [1].

Необходимость медицинского образования в нетрадиционной медицине признают 98 % врачей и 74 % пациентов. При этом большинство врачей считает необходимым включение го-

меопатии, фитотерапии, ароматерапии, апитерапии, гирудотерапии, бальнеотерапии, мануальной терапии в программу высшего медицинского образования.

Выводы:

1. Осведомлённость врачей о методах нетрадиционной медицины оказалась незначительно выше, чем пациентов.

2. Врачи по сравнению с пациентами чаще прибегают к лечению методами нетрадиционной медицины и в большей степени доверяют им, но пациенты менее притязательны к результатам лечения.

3. Пациенты обращаются за лечением методами нетрадиционной медицины преимущественно по назначению врачей, хотя первичную информацию преимущественно получают из средств массовой информации и от знакомых.

4. Практически все врачи и $\frac{2}{3}$ пациентов считают необходимым наличие медицинского образования для лиц, занимающихся нетрадиционной медициной.

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия // Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011. С. 147-149.
2. Нетрадиционная медицина // Википедия – свободная энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Нетрадиционная_медицина
3. Альтернативная медицина: чего больше – пользы или вреда? / М. Слета. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.medpulse.ru/health/gynaecology/oldmethods/9675.html>
4. Чем опасна "народная медицина"? // Росс. газета. 2007. 18 мая.
5. Complementary medicine definition // Medical Dictionary definitions of popular medical terms [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=31077>
6. Science and Technology: Public Attitudes and Public Understanding // Science Fiction and Pseudoscience [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.nsf.gov/statistics/seind02/c7/c7s5.htm>

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

ПАМЯТИ

БОРИСА ДМИТРИЕВИЧА КАРВАСАРСКОГО



Ушел из жизни Борис Дмитриевич Карвасарский. В это трудно поверить, еще труднее с этим смириться. Не стало человека и профессионала, роль которого в организации и развитии системы психотерапии в нашей стране трудно переоценить. Настолько мы привыкли жить и работать, ощущая неподдельный интерес Бориса Дмитриевича ко всему тому, что делается в службе охраны психического здоровья населения региона, его постоянную поддержку наших новых идей, его неоценимую помощь в трудные периоды дея-

тельности психотерапевтической службы. Приезд Бориса Дмитриевича в Чувашию стал знаковым событием для становления психотерапии и медицинской психологии в республике. Он привлек в эту службу много новых заинтересованных специалистов-практиков, способствовал их профессиональному росту и подъему научных исследований на качественно новый уровень.

Ученики Бориса Дмитриевича и ученики его учеников в Чувашии и сегодня в своей каждодневной практической и научной деятельности стараются достойно продолжать традиции ленинградской (санкт-петербургской) школы психотерапии. Институт Бехтерева, в стенах которого долгие годы плодотворно трудился Борис Дмитриевич, всегда был для нас не только ведущим научным центром страны, объединяющим специалистов мирового

уровня. Институт Бехтерева всегда был и остается для нас подлинным очагом высокой культуры, культуры профессиональной и культуры человеческих отношений, неизмеримое богатство которой мы всегда могли постигать в непосредственном общении с Борисом Дмитриевичем.

Думаем, что масштабы нашей потери мы сможем оценить не сразу. Глубоко скорбим и выражаем самые искренние соболезнования родным и близким Бориса Дмитриевича, его коллегам, всем сотрудникам Института Бехтерева.

СЕРГЕЮ ДМИТРИЕВИЧУ КУЗНЕЦОВУ – 60 ЛЕТ



Сергей Дмитриевич Кузнецов – главный врач Ядринской межрайонной психиатрической больницы Минздравсоцразвития Чувашии, врач-психиатр высшей квалификационной категории, судебно-психиатрический эксперт. Родился 30 сентября 1953 г. Окончил медицинский факультет Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова в 1977 г. Трудовую деятельность начал в Республиканской психиатрической больнице (РПБ) в г. Чебоксары в качестве врача-психиатра, где с 1982 г. заведо-

вал психиатрическим отделением, в 1997 занял должность заместителя главного врача по медицинской части. В течение ряда лет Сергей Дмитриевич возглавлял судебно-психиатрическую экспертную комиссию РПБ, являлся председателем госпитальной военно-врачебной комиссии, комиссии по освидетельствованию лиц, находящихся на принудительном лечении, возглавлял работу с врачами-интернами, координировал работу формулярной комиссии.

За годы работы в РПБ С.Д. Кузнецов организовал и возглавил кабинет электроконвульсивной терапии, внедрил в терапию психических расстройств метод плазмафереза, ультрафиолетового облучения крови, озонотерапию. При его активном участии было организовано отделение стационарной судебно-психиатрической экспертизы, открыто отделение сестринского ухода, реорганизовано отделение дневного стационара, создано отделение реанимации и интенсивной терапии. При его непосредственном содействии процедурные кабинеты были оснаще-

ны эффективным оборудованием, обеспечены современными антисептиками, средствами защиты персонала.

В 1983-1996 гг. С.Д. Кузнецов возглавлял психиатрическое отделение Медико-санитарной части № 29, являвшееся межобластным отделением, обслуживающим химические предприятия страны оборонного назначения. В отделении проводилось обследование и лечение, судебно-психиатрическая экспертиза, военная экспертиза, принудительное лечение. При участии С.Д. Кузнецова на предприятии "Химпром" было организовано три фельдшерских наркологических кабинета, функционировала психологическая служба помощи и реабилитации на особо вредных и опасных производствах. Им была внедрена в лечебную практику электросудорожная терапия тяжелых психических расстройств. С.Д. Кузнецов активно способствовал внедрению в практику новых лекарственных средств для лечения психических расстройств, в частности метода лечения гормональными препаратами психических больных, совершивших сексуальные преступления.

С февраля 2010 года С.Д. Кузнецов возглавляет коллектив Ядринской межрайонной психиатрической больницы Минздрава Чувашии. Под его руководством коллектив больницы из года в год успешно выполняет государственные задания, учреждение достигло хороших показателей в оказании стационарной медицинской помощи.

С.Д. Кузнецов – прекрасный наставник молодых специалистов, способствующий их профессиональному росту. В своей работе большое внимание уделяет внедрению новых технологий: впервые среди психиатрических учреждений республики был внедрен метод иммунофлюоресцентного анализа пролактина в крови, как метод контроля осложнений фармакотерапии. С целью развития реабилитационной службы впервые введена должность врача-психиатра по реабилитации. Под его руководством значительно укреплена материально-техническая база учреждения, проведен капитальный ремонт лечебных корпусов, котельной, прачечной. В учреждении успешно реализуются энергосберегающие программы.

С.Д. Кузнецов – требовательный и в то же время демократичный и мудрый руководитель, пользующийся заслуженным

авторитетом и уважением коллектива, его практические знания и навыки имеет далеко не каждый даже опытный врач-психиатр. Принципиальный и дисциплинированный сам, он всегда требует этого от подчиненных. Отличный координатор, способный находить приемлемые решения при согласовании интересов подразделений и сотрудников, умело сочетающий контроль за действиями подчиненных и предоставлением самостоятельности. В коллективе о нем мнение как о порядочном и честном человеке.

Заслуги С.Д. Кузнецова неоднократно отмечены на самом высоком уровне: он награжден Почетной грамотой Минздрава Чувашской Республики, ему было присвоено почетное звание "Заслуженный врач Чувашской Республики" и объявлена Благодарность Министра здравоохранения Российской Федерации.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ЕВРАЗИЙСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ

А.М. Карпов

Казанская государственная медицинская академия, Казань

Психическое здоровье населения мира вызывает озабоченность международных и национальных политических, государственных и национальных руководящих структур, а также социально ответственных граждан. В настоящее время в мире насчитывается более 450 млн. людей с психическими расстройствами, в каждой 4-й семье имеется душевнобольной. Отмечается рост распространенности непсихотических и поведенческих расстройств, дезадаптации, зависимостей, депрессий, суицидов, и др, которые признаются угрозой национальной и международной безопасности и даже цивилизации. Социальные, экономические, медицинские последствия ухудшения психического здоровья населения мира побуждают ученых к исследованию этого феномена цивилизации, что свидетельствует об актуальности новой монографии Е.Л. Николаева, Ю.В. Игнатьева, Д.М. Мухамадиева "Психическое здоровье на Евразийском пространстве культур. Клинические, психологические, социальные реалии".

Её авторы – профессиональные, высококвалифицированные психологи, психиатры, психотерапевты выполнили колоссальный по объему и сложности труд – проанализировали влияние на психическое здоровье населения, проживающего на Евразийском пространстве, резких изменений политических, социальных, экономических, идеологических, культурных, информационных, экологических и других параметров жизни людей. Эти параметры, определяющие и формирующие личность, семью, род, социальную группу, нацию, общество в целом, разнородны по качественным и количественным характеристикам. Совместить их дифференциацию с интеграцией крайне сложно. Авторы поставили и решили эту задачу в формате современной биопсихосоциальной научной парадигмы. В результате исследований

авторы разработали и предложили для практического применения стройную систему межведомственных интегративных подходов для сбережения и укрепления психического здоровья населения в эпоху стремительного, деструктивного и дезадаптирующего переформатирования традиционного уклада жизни миллионов людей.

Книга представляет большой интерес для специалистов в области психического здоровья – психологов, психиатров, психотерапевтов, наркологов, а также социологов, философов, политиков и других специалистов, принимающих глобальные решения, определяющие исторические судьбы народов.

Литература

1. *Николаев Е.Л., Игнатъев Ю.В., Мухамадиев Д.М.* Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. 378 с.

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Лекомцев В.Т. К феноменологии эпилептических психозов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 8–17.

В статье представлена синдромальная структура расстройств психотического уровня у 458 больных эпилепсией представлена: в виде аффективно-бредовый синдрома; депрессивного (тоскливые депрессии, динамические депрессии, ипохондрические депрессии, тревожные депрессии, депрессивно-дисфорических, депрессии с деперсонализационными нарушениями); бредового синдрома в виде паранойяльных, параноидных и парафренических). Отдельно выделен острый эпилептический психоз с онирическим помрачением сознания. Дается клиническая характеристика данного синдрома.

Ключевые слова: эпилепсия, психические расстройства, эпилептический психоз.

Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 18–32.

При изучении проблем адаптационного потенциала личности можно выделить две группы подходов – медико-биологические и психологические. Согласно первым, они соотносятся с функциональным состоянием организма и возможностями адекватного реагирования на неблагоприятные факторы. В основе второй группы подходов лежит обращение к различным сочетаниям индивидуально-психологических характеристик личности. Многие характеризуют адаптивный потенциал как интегральное понятие личности.

Ключевые слова: адаптация, личность, адаптационные ресурсы, адаптационный потенциал.

Юрьева Л.Н., Демура Н.А., Коломоец Н.Е., Кушнир Н.Г. Психологические особенности смысложизненных ориентаций и самоотношения больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 33–44.

В статье представлены материалы эмпирического исследования смысложизненных ориентаций, самоотношения и уровня притязаний больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, к которым временно применены принудительные меры медицинского характера. Исследование проведено с помощью теста смысложизнен-

ных ориентаций Д.А. Леонтьева, методики исследования самооотношения С.Р. Панталева-В.В. Столина и "Моторной пробы" Шварцландера. Использована статистическая обработка полученных результатов различий по показателям смысложизненных ориентаций, самооотношения и уровня притязаний между исследуемыми группами по взятым критериям (пол и психическое здоровье) с помощью t-критерия Стьюдента.

Ключевые слова: самосознание, жизненное самоопределение, смысложизненные ориентации, самооотношение, уровень притязаний, нарушения личности больных шизофренией, психические расстройства.

Ерышев О.Ф., Кравченко И.В. Кветиапин: современный подход к лечению больных параноидной шизофренией с признаками резидуальной дисфункции головного мозга, находящихся на стационарном (принудительном) лечении // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2013. № 9. С. 45–51.

Исследовано 36 больных параноидальной шизофренией с несуицидальным аутоагрессивным поведением с признаками резидуальной дисфункции головного мозга, находящихся на принудительном стационарном лечении. Установлено, что Кветиапин обладает более лучшей переносимостью, по сравнению с классическими нейролептиками у таких больных. Кроме того, Кветиапин способен эффективно влиять на различные компоненты несуицидального аутоагрессивного поведения, при применении его в средних суточных дозах в рамках долгосрочной терапии у данной группы пациентов.

Ключевые слова: кветиапин, параноидная шизофрения, принудительное лечение, резидуальная дисфункция головного мозга.

Погодин И.А. Психотерапия суицидоопасного кризиса: психологическая модель восстановления переживания // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2013. № 9. С. 52–62.

Статья посвящена особенностям психотерапии с людьми, переживающими суицидоопасный кризис. Автором предлагается модель психологической помощи суицидентам, основанная на восстановлении процесса переживания суицидогенной ситуации. Терапия рассматривается в качестве процесса, каждый этап которого имеет свои собственные, определяющие его задачи. Предложенная психотерапевтическая модель иллюстрируется описанием случая, в центре внимания которого находится терапевтическая работа с клиентом в суицидоопасном кризисе, спровоцированном ситуацией острого горя.

Ключевые слова: переживание, психическая боль, self-динамика, self-феномены, феноменологический подход, диалоговая модель терапии, суицидоопасный кризис, суицидогенный конфликт.

Борохов Б.Д., Борохов А.Д. Скрининг самооценки ребенка и его роль в моделировании внутригруппового поведения (пилотажное исследование) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 63–68.

Наблюдение за 85 детьми в возрасте 6-12 лет в условиях детского лагеря в течение 48 дней позволило выделить группу "проблемных" детей, требующих индивидуального подхода. В качестве скрининг-теста использовалась методика Б.Д. Бороховым где каждому ребенку индивидуально, без предварительной подготовки предлагалось ответить на вопрос: "Кто хороший?". Результаты показали, что наиболее проблематичной группой являются дети, выбравшие ответ "Никто", которые нуждаются в консультации детского психолога или проведение семейной терапии для коррекции негативные паттернов поведения и самооценки.

Ключевые слова: скрининг-тест, самооценка, дети.

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психологические особенности эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала психиатрического учреждения // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 69–78.

В работе представлены результаты психологического исследования эмоционального выгорания у среднего медперсонала психиатрического учреждения. Отмечена высокая распространенность эмоционального выгорания среди медперсонала, его связь со стажем работы, тревожностью, копинг-стратегиями, личностными чертами.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, средний медицинский персонал, психиатрия, личность, психология.

Голенков А.В., Сафронов С.А., Доморощинова М.Г. Что знают о психотерапии жители Алатырского района Чувашской Республики? // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 79–86.

Опрос 472 (216 мужчин, 256 женщин) респондентов (средний – 42,3±13,7 года) показал низкую осведомленность о психотерапии, показаниях к ее применению. Население пока не готово платить за такое лечение. Социальный, и во многом виртуальный, образ врача-психотерапевта оказался в целом отрицательным. Многие ответы зависели от уровня образования и места жительства респондентов.

Ключевые слова: психотерапия, врачи-психотерапевты, отношение, установка, осведомленность населения, Чувашия.

Погодин И.А. Социальные аспекты формирования профессиональной идентичности психотерапевтов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 87–93.

Статья посвящена важной проблеме анализа процесса профессионального образования психотерапевта. Рассматривается концепция практикующего терапевта, состояния и факторы его развития. Значительное внимание уделяется роли профессионального сообщества в формировании идентичности психотерапевта. Обсуждаются существующие тенденции к эклектике и стремление к сохранению интегративных подходов, а также их значение в профессиональной идентификации.

Ключевые слова: идентичность, сообщество, психотерапевтическая модальность, эклектика, диалог.

Агазаде Н. Организация помощи добровольцами общины в условиях чрезвычайной ситуации и кризиса // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 94–111.

В статье показана важность парапрофессиональной психосоциальной помощи добровольцами общины в условиях чрезвычайной ситуации и кризиса. Показаны роль и обязанности добровольцев общины на разных стадиях чрезвычайной ситуации (первичная психологическая помощь, эмоциональная поддержка, выезды добровольцев на места, оказание поддержки, решение проблем, перенаправление к профессионалам, техническое содействие, практическая помощь и т.д.). Подчеркивается необходимость обучения и продолжительной супервизии со стороны профессионалов по психическому здоровью. В заключении даются рекомендации добровольцам общины, что следует и что не следует делать при оказании помощи.

Ключевые слова: добровольцы общины, психосоциальная поддержка, чрезвычайные ситуации, первичная психологическая помощь.

Захарова А.Н. Развитие психолого-экономических идей в современной России и Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 112–130.

Статья посвящена анализу становления экономической психологии в современной России и Чувашской республике. Освещены особенности развития психолого-экономических идей в России и Чувашии в период с 60-х гг. XX в. по настоящее время.

Ключевые слова: экономическая психология, Россия, Чувашская республика, история, становление, научные направления.

Худяков А.В., Позднякова Н.Д., Кулигин И.В. Отношение пациентов и врачей к нетрадиционной (народной) медицине // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 131–134.

В статье представлены результаты анкетирования врачей и пациентов (по 42 человека), отражающие их мнение относительно целесообразности применения нетрадиционной (народной) медицины. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии регламентации понятия "народная медицина". Около двух третей опрошенных обращались к этим методам лечения, несмотря на недостаточную информированность.

Ключевые слова: нетрадиционная (народная) медицина, отношение, врачи, пациенты.

Памяти Бориса Дмитриевича Карвасарского // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 135–136.

Содержится информация, посвященная памяти выдающегося российского ученого-психотерапевта, организатора системы психотерапевтической помощи в стране Б.Д. Карвасарского.

Ключевые слова: российская психотерапия, медицинская психология, институт Бехтерева, психотерапевтическая служба, Чувашия.

Сергею Дмитриевичу Кузнецову – 60 лет // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 137–139.

Представлены материалы, посвященные юбилейной дате известного чувашского психиатра, руководителя Ядринской психиатрической больницы С.Д. Кузнецова.

Ключевые слова: психиатрия, психиатрическая больница, главный врач, Чувашия.

Карпов А.М. Проблемы психического здоровья: евразийское измерение // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2013. № 9. С. 140–141.

Представлена рецензия на монографию Е.Л. Николаева, Ю.В. Игнатъева, Д.М. Мухамадиева "Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии", вышедшую в издательстве Чувашского университета в 2013 г.

Ключевые слова: рецензия, монография, Евразия, культура, психическое здоровье.

ҶАК НОМЕР РЕФЕРАЧЁСЕМ

Лекомцев В.Т. Тытамакля психозсен феноменологийё пирики // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарси]. 2013. № 9. С. 8–17.

Тытамакпа чирлекен 458 ҫынӑнне психоз шайӑнчи улшӑнусен синдром системине кӑтартса панӑ ку статьяра. Вӑл ҫапларах майля: аффективля-аташуллӑ синдром; депрессиллӑ синдром (тунсӑх депрессийӑсем, аталанман депрессисем, ипохондри депрессийӑсем, шиклӑ депрессисем, депрессиллӑ дисфорисем, деперсонализаци пӑсӑлавлӑсем); паранойӑлла, параноидла тата парафренла сӑмлӑ аташу синдромӑ. Ониризмля ҫивӑч тытамак психозне уйӑрарах пӑхнӑ. Ҷак синдромӑн клиника характеристики пур.

Тӑп сӑмахсем: тытамак, психика улшӑнӑвлӑсем, тытамак психоз.

Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Уйрӑм ҫыннӑн адаптацияепа адаптаци потенциалӑ: хальхи тӑпчев меслечӑсен шайлашӑвлӑ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарси]. 2013. № 9. С. 18–32.

Уйрӑм ҫыннӑн адаптаци потенциалне тишкернӑ чухне меслетсене икӑ ушкӑна уйрӑма пулать: медицинапа биологи тата психологи меслечӑсем. Пӑрремӑш ушкӑнри меслетсемпе килӑшӑллӑн, адаптаци потенциалӑсем организм мӑнле ӑсленинчен тата ӑтем йывӑрлахсене адекватла йышӑнма пултарнинчен нумай килет. Иккӑмӑш ушкӑнри меслетсен никӑсӑнче – уйрӑм ҫыннӑн индивидуалла-психологиллӑ характеристикисем тӑрлӑрен ҫыхӑнса тӑнине тимлени пулать. Адаптаци потенциалне нумайӑшӑ уйрӑм ҫыннӑн интегралла ӑнлавлӑ пек пӑхаҫҫӑ.

Тӑп сӑмахсем: адаптаци, уйрӑм ҫын, адаптаци ресурсӑсем, адаптаци потенциалӑ.

Юрьева Л.Н., Демур Н.А., Коломоец Н.Е., Кушнир Н.Г. Обществӑн хӑрушӑ ӑҫсем тунӑ шизофренипе чирлӑ ҫынсем хӑйсене мӑнле йышӑннин тата пурнӑҫпӑлтерӑшлӑ ориентациясен психологи уйрӑмлаҫсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарси]. 2013. № 9. С. 33–44.

Обществӑн хӑрушӑ ӑҫсем тунӑн ӑн вӑйпах хӑсӑрлесе медицина пулашӑвлӑ илекен шизофренипе чирлӑ ҫынсене тӑпченӑ. Статьяра ҫав чирлӑ ҫынсен пурнӑҫпӑлтерӑшлӑ ориентацийӑсене, хӑйсене мӑнле йышӑннин, вӑсен хапсӑчӑклӑх шайне эмпирика мелӑпе тӑпченӑ хыҫӑнхи материалсене ҫутатса панӑ. Тӑпчевре Д.А. Леонтьевӑн

пурна̄спѣлтерѣшлѣ ориентацисен тексчѣпе, С.Р. Пантелеев̄па-В.В. Столин̄ан чирлѣ сын хайне мѣнле йыш̄аннине тѣпчемелли методика̄па тата Шварцландер̄ан "Моторл̄а пробипе" ус̄а курн̄а. Тѣпченѣ чухне Стьюдент̄ан t-критери меслечѣпе ус̄а курса чирлѣ сынсен критерийѣсене (арсын е хѣрар̄ам, психика сывл̄ахѣ) кура вѣсене ушк̄ансем сине уй̄арн̄а. Юлашкинчен, пурна̄спѣлтерѣшлѣ ориентаци, чирлѣ сын хайне мѣнле йыш̄аннин тата хапсан̄чакл̄ах̄ан шай к̄атартавѣсен уй̄рамл̄ахѣсене статистика ирттернѣ.

Тѣп с̄амахсем: харп̄ар хай̄анланула̄хѣ, пурна̄с тѣллевл̄ехѣ, пурна̄с пѣлтерѣшлѣ ориентацисем, чирлѣ сын хайне мѣнле йыш̄анни, хапсан̄чакл̄ах̄ан шайѣ, шизофренипе чирлисен уй̄рам сын пас̄алавѣ, психика ула̄шан̄авѣсем.

Ерышев О.Ф., Кравченко И.В. Кветиапин: пӯс миминче резидулла̄ дисфункци паллисемлѣ параноидла̄ шизофренипе чирлѣ сынсене стационарта в̄айпах сыватн̄а чух̄ эмельлемелли паянхи меслет // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ч̄аваш хыпар̄си]. 2013. № 9. С. 45–51.

Стационара в̄айпах сыватма хун̄а суицид паллисемсѣрлѣ аутоагрессивла̄ тыткалар̄ашла̄, пӯс миминче резидулла̄ дисфункцисем пур 36 чирлѣ сынна тѣпченѣ. Ҷакнашкал чирпе чирлекенсем кветиапина, ытти классика̄лла нейролептиксемпе танлаштарассан, лай̄ахрах ч̄атса ирттернине пал̄артн̄а. Унс̄ар пӯсне – с̄ак ушк̄анри пациентсене нумай в̄ах̄атла̄ терапи ирттернѣ чухне тал̄акри в̄атам дозана парса пырсан – кветиапин суицид паллисемсѣрлѣ аутоагрессивлѣ тыткалар̄ашан̄ тѣрлѣ компоненчѣ сине лай̄ахрах витѣм к̄урет.

Тѣп с̄амахсем: кветиапин, параноидла̄ шизофрени, в̄айпах хѣсѣрлесе сыватни, пӯс миминчи резидулла̄ дисфункцисем.

Погодин И.А. Суицид х̄арушл̄ахл̄а кризис психотерапийѣ: п̄аш̄архан̄ава теп̄ер хут̄ ас-т̄анра ч̄ертсе т̄аратнин психологилле моделѣ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ч̄аваш хыпар̄си]. 2013. № 9. С. 52–62.

Ку статьяра суицид х̄арушл̄ахл̄а кризисри сынсене психотерапи пула̄шавѣ памалли хайнеевѣрлѣх̄ пирки сын̄а. Автор суицидс̄асене психологилле пула̄шу парассин модельне с̄енет: хайсем сине ал хума шуг тытн̄а сынсене пурна̄сран уй̄ралса кайма пӯслан̄а лару-т̄ар̄ава теп̄ер хут̄ туйтарса илтермелле, п̄аш̄архан̄ава с̄енѣрен т̄уссе ирттермелле. Тѣпчевре терапие процесс пек п̄ахн̄а – кашни тапх̄ар̄ан̄ а̄на с̄еҫ тивѣс харкам задачасем пур. С̄еннѣ психотерапи моделѣ пурна̄сра ч̄аннипех пулса иртнѣ еҫ-пӯс (с̄ав тери йыв̄ар хуйх̄а килсе с̄апсан суи-

цид кризисне кёрсе ўкнѣ клиента терапи пулăшăвѣ пани) пирки калани синче иллюстрациленет.

Тѣп сăмахсем: пăшăрхану, психика ыратăвѣ, self-динамика, self-феномен, феноменологи меслечѣ, диалог евѣрлѣ терапи моделѣ, априорлă витальнос, суицид хăрушлăхлă кризис, суицидогоген хирѣсѣвѣ.

Борохов Б.Д., Борохов А.Д. Ача хăйне хай епле хакланине стрининг тест урлă тѣрѣслени тата сак тѣрѣслевѣн ачана ушкăна кѣме пулăшнă сѣрти вырăнѣ (пилотажлă тѣпчев) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2013. № 9. С. 63–68.

6-12 сұлхи 85 ачана лагерьти условисенче 48 кун хушши сăнани ачасем хушшинче "проблемăллă" ушкăна тупса палăртма май панă. Кун йышши ачасемпе уйрăм еслемелле. Стрининг-тестра Б.Д. Борохов меслечѣпе усă курнă. Сак меслетпе килѣшўлѣн, кашни ачана уйрăммăн, малтанах хатѣрленме памасăр, "Кам лайăх?" текен ыйту сине хуравлама ыйтнă. Тѣрѣслов сакна кăтартса панă: "Никам та" тесе хуравлакан ачасем чи проблемăллă ушкăн пулса тăраççѣ. Вѣсене ача-пăча психологѣн консультацийѣ кирлѣ. Е тыткаларăшра, хайсене хайсем хакланинче негативлă паттернсене тўрлетме сѣмье терапийѣ питѣ лайăх.

Тѣп сăмахсем: скрининг-тест, хайне хай хаклани, ачасем.

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психиатри учрежденийесенчи вăтам медицина персоналѣн кăмăл-туйăм сўнсе пѣтнин психологи уйрăмлăхесем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2013. № 9. С. 69–78.

Психиатри учрежденийесенчи вăтам медперсоналăн кăмăл-туйăм сўнсе пѣтнин психологи тѣпчевѣн пѣтѣмлетѣвѣсене кăтартнă. Медперсонал хушшинче кăмăл-туйăм сўнсе пѣтни питѣ анлă сарăлнине палăртнă – сакă вăл ес стажѣпе, хумханупа, копинг-стратегипе, уйрăм сыннăн хайнеевѣрлѣхѣпе тачă сыхăннă.

Тѣп сăмахсем: кăмăл-туйăм сўнсе пѣтни, вăтам медперсонал, психиатри, уйрăм сын, психологи.

Голенков А.В., Сафронов С.А., Доморощинова М.Г. Чăваш Енри Улатăр районенче пурăнакансем психотерапи пирки мѣн пѣлесѣ? // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2013. № 9. С. 79–86.

472 (216 арçын, 256 хĕрарăм) респондента (вĕсен вăтам çулĕ – 42,3±13,7) ыйтса тĕпчени çынсем психотерапи çинчен, апа хăçан уса кураçи пирки питĕ сахал пĕлнине кăтартса панă. Вырăнти халăх хальлĕхе çакнашкал сыватушăн тўлеме хатĕр мар. Социалла, ытларах виртуалла тухтăр-психотерапевт сăнарĕ, пĕтĕмĕшле илсен, килĕшмест иккен вĕсене. Нумай хурав мĕнле пуласи респондентсен вĕренў шайĕнчен тата вĕсем пуранакан вырăнтан нумай килнĕ.

Тĕп сăмахсем: психотерапи, психотерапевт тухтăрсем, йышăнни, вырăнти халăх пĕлсе тăни, Чăваш Ен.

Погодин И.А. Психотерапевтсен профессори пĕревĕрлĕх никĕсĕвĕнчи социалла аспектсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2013. № 9. С. 87–93.

Статьяра психотерапевтăн профессильтĕ вĕрентў процесне еплерех тишкерни пирки çырнă – ку вăл питĕ çивĕч ыйту. Практикăлакан терапевтăн концепцине, унăн аталанăвĕ мĕнле пулса пынине, аталану факторĕсене пăхса тухнă. Психотерапевтăн пĕревĕрлĕх никĕслĕвĕнче профессильтĕ ушкăнăн пĕлтерĕшĕ мĕнлерех пулнине уйрăмах тимленĕ. Электикăри суламсене тата интеграцильтĕ туртăмсене упраса хăварма тăрăшнине, вĕсен профессильтĕ пĕревĕрлĕхри пĕлтерĕшне сўтсе явнă.

Тĕп сăмахсем: пĕревĕрлĕх, ушкăн, психотерапевтла модальноç, электика, диалог.

Агазаде Н. Кризис тата чрезвычайла лару-тăру вăхăтĕнче община доброволецĕсем çынсене пулăшассине йĕркелесси // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2013. № 9. С. 94–111.

Статьяра кризис тата чрезвычайла лару-тăру вăхăтĕнче община доброволецĕсем инкекри çынсене профессионалла-психосоциалла пулăшу панин пысăк пĕлтерĕшĕ пирки каланă. Чрезвычайла лару-тăрури тĕрлĕ тапхăрта доброволецсен кашнин мĕн тумаллине, вĕсен тивĕслĕхĕсене кăтартса панă (пĕрремĕшле психологилле пулăшу пани, чунри йывăр кăмăл-туйăма сăмахпа пусарни, доброволецсем йывăр вырăнсене тухса пыни, пулăшу пани, çынсене профессионалсемпе тĕл пултарни, техника енчен пулăшни, практикăлла пулăшу кўни т. ыт.те). Психика сывлăхĕшĕн вай хуракан профессионалсен вĕренмелли тата йывăрлăхри çынсене нумай вăхăт хушши пăхса-сăнаса тăмалли пирки каланă статьяра. Юлашкинчен, доброволецсене пулăшу панă чух кирлĕ сĕнўсем панă, мĕн тумă юранипе мĕн тумă юраманни пирки асăрхаттарнă.

Тёп сáмахсем: община доброволецёсем, психосоциаллă пулăшу, чрезвычайлă лару-тáру, пёрремёшле психологи пулăшавё.

Захарова А.Н. Хальхи Раçсейри тата Чáваш Республикинче психологипе экономика идейисен аталанáвё // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарши]. 2013. № 9. С. 112–130.

Ку статьяра паянхи Раçсей тата Чáваш Республикинче экономикáлла психологи аталанса пынине тишкернё. Раçсейри тата Чáваш Енри психологипе экономика идейисем XX ёмёрте 60-мёш çулсенчен пуçласа паянхи кунчен епле аталанса пынин уйрámлáхёсене сáтатнá.

Тёп сáмахсем: экономикáлла психологи, Раçсей, Чáваш Республики, истори, аталану, áслáлáхри юхámсем.

Худяков А.В., Позднякова Н.Д., Кулигин И.В. Пациентсемпе тухтáрсем традицилле мар (халáх) медицине епле цышáнни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарши]. 2013. № 9. С. 131–134.

Статьяра тухтáрсемпе пациентсем (42-шер сын) анкета çине хуравланин пётёмлетёвёсене илсе кáтартнá. Анкетáра вёсем традицилле мар (халáх) медицинине хáйсем мёнлерех йышáннине палáртнá. Пётёмлетёсем "халáх медицина" áнлавáн регламентацийё суккине кáтартса парасçё. Ыйтса пёлнисенчен виç пайран икё пайё, кирлё чухлё информацие паллашмасáрах, çак сиплев меслечёсемпе усá курни палáрнá.

Тёп сáмахсем: традицилле мар (халáх) медицинине, епле йышáнни, тухтáрсем, пациентсем.

Борис Дмитриевич Карвасарские асáнса // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарши]. 2013. № 9. С. 135–136.

Раçсейри паллă áсчаха-психотерапевта, психиатри пулăшавён системине йёркелекене Б.Д. Карвасарские асáнса сáрнá информаци пур.

Тёп сáмахсем: Раçсей психотерапийё, медицина психологийё, Бехтерев институтчё, психотерапевт служби, Чáваш Ен.

Сергей Дмитриевич Кузнецов – 60 çулта // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарши]. 2013. № 9. С. 137–139.

Чăваш Енри паллă психиатр, Етӗрне психиатри сыватмăшӗн ертӗҫи С.Д. Кузнецов ҫуралнă кунне халалласа ҫырнă материалсене тăратнă.

Тӗп сăмахсем: психиатри, психиатри сыватмăшӗ, тӗп врач, Чăваш Ен.

Карпов А.М. Еврази виҫевӗ: сывлăхн психика проблеми-сем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарҫи]. 2013. № 9. С. 140–141.

Е.Л. Николаевн, Ю.В. Игнатьевн, Д.М. Мухамадиевн "Еврази талккăшӗнчи культураҫсен психика сывлăхӗ: клиника, психологи тата социаллă реалисем" (2013 ҫ. Чăваш патшалăх университетӗн издательствинче тухнă) монографие хакласа ҫырнă рецензип пур.

Тӗп сăмахсем: хаклав, монографи, еврази талккăшӗ, культура, психика сывлăхӗ.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Lekomtsev V.T. Phenomenology of epileptic psychoses // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 8–17.

The paper presents the structure of syndrome level of psychotic disorders in 458 patients with epilepsy that included affective delusional syndrome, depressive syndrome (melancholic depression, adynamic depression, hypochondriac depression, anxiety depression, dysphoric depression, depression with depersonalization); delusional syndrome with paranoid, paranoid and paraphrenic disturbances). Acute epileptic psychosis with oneiroid disturbance of consciousness is marked out. Clinical characteristics of this syndrome are given.

Keywords: epilepsy, psychotic disorders, epileptic psychosis.

Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Adaptation and personality adaptive potential: current research approaches // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 18–32.

Two groups of research approaches – medical-biological and psychological – are identified in studies of personality adaptive potential. According to the first approach adaptive potential is related to the functional state of organism and its adequate capacity to respond to adverse factors. The basis of the second group of approaches is address to different combinations of individual psychological characteristics of personality. Many authors characterize the adaptive potential as an integral concept of personality.

Keywords: adaptation, personality, adaptation resources, adaptive capacity.

Yur'yeva L.N., Demura N.A., Kolomoyets N.Y., Kushnir N.G. Psychological peculiarities of life sense orientations and self-attitude of schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 33–44.

The article contains results of empirical research of life sense orientations, self-relation and level of claims of schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions and to whom forced measures of medical character are temporarily applied. D. Leontiev's test of life sense orientations, S. Pantileev's and V. Stolin's inventory of self-attitude and Shwarzlander's Motor test were used. Statistical t-criterion analysis of the differences in the received results in life sense orientations, self-attitude and the level of aspiration in groups compared by sex and mental health level was done.

Keywords: self-consciousness, vital self-determination, life sense orientations, self-attitude, level of aspiration, personality impairment in schizophrenic patients, mental disorders.

Eryshev O.F., Kravchenko I.V. Quetiapine: the present-day approach to treatment of patients with paranoid schizophrenia with signs of residual brain dysfunction during in-patient compulsory treatment // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 45–51.

Thirty six paranoid schizophrenia patients with non-suicidal autoaggressive behavior and signs of residual brain dysfunction are studied during in-patient compulsory treatment. It is found that quetiapine has a better tolerability in comparison with classical antipsychotics in such patients. In addition, quetiapine can effectively influence various components of non-suicidal autoaggressive behavior when applied in average daily doses in long-term therapy in these patients.

Keywords: quetiapine, paranoid schizophrenia, compulsory treatment, residual brain dysfunction.

Pogodin I.A. The psychotherapy of a suicidal crisis: the psychological model of experience recovery // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 52–62.

The article is devoted to specific features of psychotherapy in people who go through suicidal crisis. The author's model of psychological assis-

tance to these people is based on recovery of experience process of the suicidal situation. Therapy is considered here as a process with special goals that determine it's every stage. The offered psychotherapeutic model is illustrated by the description of a case. The therapeutic work with the client is centered on suicidal crisis caused by acute grief situation.

Keywords: experience, mental pain, self-dynamics, self-phenomena, phenomenological approach, dialogue model of therapy, suicidal crisis, suicidal conflict.

Borokhov B.D., Borokhov A.D. Screening of child self-esteem and its role in modeling of intra-group behaviour (pilot study) // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 63–68.

Observation of 85 children aged 6-12 years in a children's camp for 48 days allowed to select a group of "problem" children requiring an individual approach. B. Borokhov's inventory was used as a screening test. Every child without any preparation was proposed to answer the question "Who is good?". The results showed that the most problematic group was the one where children chose the answer "Nobody". These children are in need of child psychologist consulting conducting and family therapy to correct negative patterns of self-esteem and behaviour.

Keywords: screening test, self-esteem, children.

Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Psychological characteristics of burnout syndrome in psychiatric nurses // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 69–78.

The results of psychological study of burnout among psychiatric nurses are presented. High prevalence of emotional burnout in medical staff that is associated with working experience, anxiety, coping strategies and personal traits are revealed.

Keywords: burnout, nurses, psychiatry, personality, psychology.

Golenkov A.V., Safronov S.A., Domoroshinova M.G. What does population of Alatyр district of Chuvashia know about psychotherapy? // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 79–86.

The results of public inquiry of 472 respondents (216 men, 256 women, mean age 42,3±13,7 years) shows their low awareness in psychotherapy and indications for its use. The population is not prepared to pay for such treatment. Social and mainly virtual image of psychotherapist was

generally negative. Many of the answers depended on the level of education and place of residence of respondents.

Keywords: psychotherapy, psychotherapist, attitude, set, population awareness, Chuvashia.

Pogodin I.A. Development of psychotherapist: in search of identity // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 87–93.

The article is devoted to the problem having the great importance for the analysis of process of professional education of psychotherapist. The concept of identity of practicing therapists is considered as well as the conditions and factors of its development are analyzed. The considerable attention is paid to the role of professional community in the development of identity of psychotherapist. The tendencies to eclecticism and aspiration to preservation of integrity of the approach as well as their importance on the way to professional identification are discussed.

Keywords: identity, community, psychotherapy modality, eclecticism, dialogue.

Agazade N. Organizing community peer support at times of crises and emergencies // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 94–111.

The article outlines the value of paraprofessional psychosocial assistance provided by community helpers in emergency and crisis situations. The roles and responsibilities of community helpers at different stages of the emergency (psychological first aid, emotional support, outreach activities, empowerment, problem solving, referral, technical advice, practical assistance, etc.) are described. The importance of training and ongoing supervision by mental health professionals is emphasized. The article concludes with tips on do's and don'ts for community helpers.

Keywords: community helpers, psychosocial support, emergency management, psychological first aid.

Zakharova A.N. The development of psychological and economic ideas in modern Russia and Chuvashia // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 112–130.

The article is devoted to analysis of economic psychology development in present day Russia and Chuvash Republic. The paper presents specific features of psychological and economic ideas in Russia and Chuvashia in period from the sixtieth of the 20th century to the present.

Keywords: economic psychology, Russia, Chuvash Republic, history, formation, research areas.

Khudiakov A.V., Pozdniakova N.D., Kuligin I.V. The attitude of doctors and patients towards non-traditional (folk) medicine // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 131–134.

The results of the survey of 42 physicians and 42 patients reflect their views on reasonability of alternative (folk) medicine use. The data received indicate lack of regulation of "traditional medicine" term using. Two-thirds of respondents turned to these treatments despite insufficient information.

Keywords: alternative medicine, folk medicine, attitude, physicians, patients.

In memoriam of Boris Dmitrievich Karvasarsky // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 135–136.

Information in memory of B.D. Karvasarsky, the outstanding Russian scientist and psychotherapist, the organizer of system of practical psychotherapy in the country.

Keywords: Russian psychotherapy, medical psychology, the Bekhterev Institute, psychotherapy service, Chuvashia.

Sixty years to Sergei Dmitrievich Kuznetsov // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 137–139.

The paper presents materials on the anniversary date of S.D. Kuznetsov, noted Chuvash psychiatrist, head of the Yadrin psychiatric hospital.

Keywords: psychiatry, psychiatric hospital, doctor-in-chief, Chuvashia.

Karpov A.M. Mental health problems: Eurasian dimension // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N. 9. P. 140–141.

Review of E.L. Nikolaev, Yu.V. Ignatiev and D.M. Mukhamadiev's "Mental Health in Eurasian Space of Cultures: Clinical, Psychological and Social Realities" monograph that was published by the Chuvash University in 2013.

Keywords: review, monograph, Eurasia, culture, mental health.

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 виде отдельных файлов в черно-белом формате с учетом их размещения на странице размера А5.

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 сәмахә 6

ҶИВЁЧ ЫЙТУСЕМ

В.Т. Лекомцев

Тытамаклә психозсен феноменологийё пирки 8

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

Уйрәм җыннан адаптацияёпе адаптаци потенциалё:
хальхи тәпчев меслечёсен шайлашавё 18

Л.Н. Юрьева, Н.А. Демура, Н.Е. Коломоец, Н.Г. Кушнир

Обществашан хәрушә ёҗсем тунә шизофренипе
чирлө җынсем хәйсене мәнле йышаннин тата
пурнаҗпелтерешлө ориентацисен психологи уйрәмләхёсем 33

СЫВАТУ ЫЙТӘВЁСЕМ

О.Ф. Ерышев, И.В. Кравченко

Кветиапин: пуҗ миминче резидуаллә дисфункци паллисемлө
параноидлә шизофренипе чирлө җынсене стационарта вайпах
сыватна чух эмельлемелли паянхи меслет 45

И.А. Погодин

Суицид хәрушләхлә кризис психотерапийё:
пәшәрханәва тепёр хут әс-танра чөртсе
тәратнин психологилле моделё 52

КЛИНИКА ПСИХОЛОГИЙЁ

Б.Д. Борохов, А.Д. Борохов

Ача хәйне хәй епле хакланине стрининг тест
урлә төрөслени тата җак төрөслөвөн ачана ушкәна
көме пулашна җөрти ыранё (пилотажлә тәпчев) 63

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

Психиатри учрежденийёсенчи вӑтам медицина персоналён
кӑмӑл-туйӑм сӑнсе пӗтнин психологи уйрӑмлаӑхсем 69

ПСИХОТЕРАПИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

А.В. Голенков, С.А. Сафронов, М.Г. Доморощинова

Чӑваш Енри Улатӑр районёнче пуӑнакансем
психотерапи пирки мӑн пӗлӗсӗ? 79

И.А. Погодин

Психотерапевтсен профессори пӗревӗрлӗх
никӗслевӗнчи социаллӑ аспектсем 87

КУЛЬТУРАСЕН ТӢЛУЛАВӢ

Н. Агазаде

Кризис тата чрезвычайлӑ лару-тӑру вӑхӑтӑнче
община доброволецӗсем ӑнсене пулӑшассине
йӗркелесси (*акӑлчанла*) 94

А.Н. Захарова

Хальхи Раҫҫейри тата Чӑваш Республикинче
психологије экономика идейсен аталанӑвӗ 112

А.В. Худяков, Н.Д. Позднякова, И.В. Кулигин

Пациентсемпе тухтӑрсем традицилле мар (халӑх)
медицине епле цышӑнни 131

ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ

Борис Дмитриевич Карвасарские асӑнса 135

Сергей Дмитриевич Кузнецов – 60 ҫулта 137

А.М. Карпов

Еврази виҫевӗ: сывлӑхӑн психика проблемисем 140

Ҫак номер реферачесӗм
(*вырӑсла, ҫӑвашла тата акӑлчанла*) 142

Авторсене пӗлсе тӑма 157

CONTENTS

Editor's note	6
---------------------	---

ORIGINAL STUDIES

<i>V.T. Lekomtsev</i> Phenomenology of epileptic psychoses	8
<i>E.L. Nikolaev, E.Yu. Lazareva</i> Adaptation and personality adaptive potential: current research approaches	18
<i>L.N. Yur'yeva, N.A. Demura, N.Y. Kolomoyets, N.G. Kushnir</i> Psychological peculiarities of life sense orientations and self-attitude of schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions	33

THERAPY AFFAIRS

<i>O.F. Eryshev, I.V. Kravchenko</i> Quetiapine: the present-day approach to treatment of patients with paranoid schizophrenia with signs of residual brain dysfunction during in-patient compulsory treatment	45
<i>I.A. Pogodin</i> The psychotherapy of a suicidal crisis: the psychological model of experience recovery	52

CLINICAL PSYCHOLOGY

<i>B.D. Borokhov, A.D. Borokhov</i> Screening of child self-esteem and its role in modeling of intra-group behaviour (pilot study)	63
--	----

<i>E.Yu. Lazareva, E.L. Nikolaev</i> Psychological characteristics of burnout syndrome in psychiatric nurses	69
--	----

PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION

<i>A.V. Golenkov, S.A. Safronov, M.G. Domoroshinova</i> What does population of Alatyr district of Chuvashia know about psychotherapy?	79
<i>I.A. Pogodin</i> Development of psychotherapist: in search of identity	87

CROSSROAD OF CULTURES

<i>N. Agazade</i> Organizing community peer support at times of crises and emergencies (<i>in English</i>).....	94
<i>A.N. Zakharova</i> The development of psychological and economic ideas in modern Russia and Chuvashia	112
<i>A.V. Khudiakov, N.D. Pozdniakova, I.V. Kuligin</i> The attitude of doctors and patients towards non-traditional (folk) medicine	131

NAMES AND EVENTS

In memoriam of Boris Dmitrievich Karvasarsky	135
Sixty years to Sergei Dmitrievich Kuznetsov	137
<i>A.M. Karpov</i> Mental health problems: Eurasian dimension	140
Abstracts of the current issue (<i>in Russian, Chuvash and English</i>)	142
Instructions to authors	157

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

№ 9

2013

Подписано в печать 06.12.2013. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 9,42. Уч.-изд. л. 9,0. Тираж 100 экз. Заказ № К-517.

Отпечатано в типографии ИП Сорокина А.В. «Новое время»
428034, Чебоксары, ул. Мичмана Павлова, 50/1.
Тел. (8352) 323-353, 412-798. E-mail: newtime1@mail.ru



**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА –
ИННОВАЦИОННЫЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ»**

19-21 сентября 2013 г, Самара, Россия

