



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИЕ ПСИХОЛОГИИ ЧАВАШ ХЪПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



10

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

№ 10

Чебоксары
2014

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.Р. ИСАЕВА (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 (Будё, Норвегия)
В. РУТЦ (Кобург, Германия)
Т.СЁРЛИ (Тромсё, Норвегия)
А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)
Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)
А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)
К. ШТУППЕК (Зальцбург, Австрия)
С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)
Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск, Украина)

Главный редактор

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

И.Е. БУЛЫГИНА (редактор раздела «Наркология»)
Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР (технический редактор)
А.В. ГОЛЕНКОВ (зам. главного редактора,
редактор раздела «Психиатрия»)
А.Н. ЗАХАРОВА (редактор раздела «Психология»)
Ф.В. ОРЛОВ (ответственный секретарь,
редактор раздела «Психотерапия»)

Адрес редакции

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

Тел./факс: (8352) 58 03 83

Электронная почта: pzdorovie@bk.ru

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

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2014

Чăваш психиатрĕсемпе наркологĕсен,
психотерапевчĕсемпе психологĕсен
ассоциацийĕн клиника практикипе
ăслăлăх 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.Р. ИСАЕВА (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 (Будё)

В. РУТЦ (Кобург)

Т. СЁРЛИ (Тромсё)

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. БУЛЫГИНА

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.R. ISAEVA (St. Petersburg)

A.M. KARPOV (Kazan)

V.N. KRASNOV (Moscow)

A.V. KHUDIAKOV (Ivanovo)

S. LESINSKIENE (Vilnius)

D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)

S.A. NURMAGAMBETOVA

(Almaty)

G. REZVY (Bodø)

V. RUTZ (Coburg)

A.F. SOGHOYAN (Yerevan)

T.SØRLIE (Tromsø)

C. STUPPÄCK (Salzburg)

L.N. YUR'YEVA (Dnepropetrovsk)

Editor-in-Chief

E.L. NIKOLAEV (Cheboksary)

Editorial Board

I.E. BULYGINA

D.V. HARTFELDER

A.V. GOLENKOV

(deputy editor)

F.V. ORLOV (executive editor)

A.N. ZAKHAROVA

Editorial office

6 Pirogova ul., Cheboksary

Chuvash Republic 428015 Russia

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

E-mail: pzdorovie@bk.ru

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

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора 6

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Э.П. Станько, С.А. Изумнов

Качество жизни пациентов с опиоидной
зависимостью и различным ВИЧ-статусом 8

В.И. Крылов, Д.Ю. Бутылин

Нарушение эмоциональной и волевой
регуляции психической деятельности
как основа для развития навязчивых нарушений 14

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

Особенности агрессивных проявлений
у подростков с различными типами акцентуаций
в условиях социальной фрустрированности 21

А.В. Сидорова, И.С. Иванова, М.Ю. Судякова, А.П. Андреева

Факторы стигматизации
психически больных старшеклассниками 31

С.В. Велиева

Диагностика психических состояний
и отношений дошкольников в семье 38

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

О.В. Башмакова

Биопсихосоциальная структура отношения
студентов-медиков к психиатрии и психотерапии 60

Е.В. Калинина

Факторы, оказывающие влияние на первичную
обращаемость пациентов к врачу-психиатру 66

Р.Д. Миназов

Психодрама как метод психотерапии в реабилитации наркозависимых	73
--	----

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Е.А. Колотильщикова

Психологическая диагностика невротических расстройств	91
---	----

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях	109
---	-----

Ю.Ю. Худякова

Феноменологические и эмпирические особенности агрессивности больных нервной анорексией (<i>клинический случай</i>)	131
--	-----

ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

А.Н. Захарова

Междисциплинарная проблема качества жизни в контексте современных научных исследований	141
---	-----

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

О Пленуме Правления РОП в Самаре	161
--	-----

О проведении в Санкт-Петербурге Всероссийской научно-практической конференции	166
--	-----

Рефераты текущих публикаций (на русском, чувашском и английском языках)	168
--	-----

Информация для авторов	183
------------------------------	-----

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемый читатель!

Десятый номер журнала открывается работой наших белорусских коллег из Гродно и Минска, посвящённой проблеме качества жизни наркозависимых с учётом их ВИЧ-статуса, особенностей социального функционирования на основе оценки физического состояния и психологических особенностей. Вопросы качества жизни в их междисциплинарном аспекте далее представлены в обзоре современной научной литературы, опубликованном в рубрике "Перекрёсток культур".

Возможные механизмы формирования навязчивых нарушений рассмотрены в статье наших петербургских коллег. Достоинством работы является включение в статью фрагмента клинического интервью и описание психотерапевтической тактики помощи таким больным.

В данном номере подробно изложены результаты изучения детей и подростков с проблемами, не достигающими нозологического уровня, а также взгляды подростков и молодёжи на проблемы психического здоровья. Считаю чрезвычайно важным знакомство читателя с подобным аспектом проблемы, поскольку система отношений личности тесно связана с её здоровьем, психологическим благополучием и эффективностью профилактических мероприятий.

Десятый номер богат на обзоры, в которых проведён детальный анализ современных научных подходов и приведены результаты конкретных исследований по вопросам психологической диагностики невротических расстройств, обосновывается применение в реабилитации наркологических больных психотерапевтического метода психодрамы, обсуждаются психологические и социальные риски и ресурсы, которые являются характерными для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ми, а также затрагивается упомянутая выше проблема качества жизни в медицине и социальных науках и практиках.

Становится хорошей традицией публикация разборов клинических случаев. В этом русле наша ижевская коллега приводит описание агрессивности у больных нервной анорексией на примере анализа опыта собственной работы с подобной пациенткой.

Продолжается публикация материалов, относящихся к деятельности профессионального психиатрического сообщества, результатам официальных мероприятий, а также планируемым встречам на общероссийском и международном уровнях.

Данный номер можно считать юбилейным, десятым по счёту. Не останавливаясь отдельно на самой "круглой" дате, можно с уверенностью сказать, что за прошедшие годы наш журнал смог найти своего читателя не только среди специалистов Чувашии, но и войти в число тех профессиональных изданий России, которые с удовольствием читаются как в стране, так и за рубежом.

До новых встреч!

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Э.П. Станько, С.А. Игумнов

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно,
Белорусский государственный медицинский университет, Минск,
Белоруссия*

Введение. Злоупотребление наркотиками связано с риском развития ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов В, С и обусловлено рискованным инъекционным и сексуальным поведением наркозависимых. По данным зарубежных специалистов, показатель инфицированности ВИЧ среди потребителей наркотиков может достигать 35 % [20]. В США на потребителей инъекционных наркотиков приходится треть всех случаев заражения ВИЧ, более половины первичных случаев инфицирования ВИЧ и половина первичных случаев возникновения гепатита С [20]. В России основным путем передачи ВИЧ до последнего времени считается инъекционный [3, 8]. В Беларуси, по кумулятивным данным, 49,8 % (5859 человек) инфицированных ВИЧ в период с 1987 по 2011 гг. заразились парентеральным путем (внутривенное введение наркотиков). Удельный вес лиц, инфицирование которых произошло половым путем, в 2010 г. составил 75,1 % (803 случая) [15].

Пациенты, страдающие опиоидной зависимостью (опийной наркоманией), обнаруживают низкий уровень социального функционирования и характеризуются выраженной социальной несостоятельностью [5, 14]. Непосредственным результатом потребления наркотиков является нарушение социальных связей и контактов, что в конечном итоге при отсутствии лечебно-реабилитационных мероприятий приводит к дезадаптации паци-

ентов [6]. Показатели качества жизни и социального функционирования могут быть одними из критериев, отражающих динамику психосоциального статуса наркозависимых [1, 16–20]. Оценка тяжести заболевания и выбор методов терапии зависят от показателей соматического здоровья, качества жизни и социального функционирования пациентов, которые могут быть основой для разработки дифференцированных терапевтических программ с осуществлением направленного, сбалансированного медикаментозного и психосоциального воздействия [1, 2, 4, 9, 10–12], что и определяет актуальность темы исследования, ее научную и практическую значимость.

Целью исследования являлось изучение показателей качества жизни и социального функционирования, их корреляций у наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом.

Материал и методы исследования. Целенаправленное сплошное клиническое и экспериментально-психологическое исследование 297 пациентов с опиоидной зависимостью с различным ВИЧ-статусом проводилось в стационарных и амбулаторных условиях учреждений здравоохранения в различных регионах страны с использованием клинко-психопатологического, экспериментально-психологического, социологического и статистического методов исследования. Для изучения социально-психологического статуса пациентов разработана регистрационная карта исследования наркозависимых пациентов, использовались шкала социального функционирования [2] и опросник SF-36 [2, 7, 13]. Для анализа результатов использован стандартный пакет прикладных статистических программ Statistica 6.0.

В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 19 до 57 лет с диагнозом "психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов". Для решения поставленных задач клинический материал был разделен на две группы: 46,13 % составили ВИЧ-позитивные (HIV+) пациенты с опиоидной зависимостью (I группа) и 53,87 % – ВИЧ-негативные (HIV-) пациенты с опиоидной зависимостью (II группа). Средний возраст HIV+ пациентов составил $33,55 \pm 6,17$ года, HIV- пациентов – $30,05 \pm 5,82$ года. Критериями включения в исследуемую выборку исследуемых пациентов для

проведения клинико-психопатологического обследования являлись: внутривенное употребление опиатов, возраст старше 18 лет, употребление опиатов до исследования в течение 30 дней и более, а также способность дать информированное согласие. Критерии исключения из исследования – наличие остро протекающих психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия), наличие существенного когнитивного дефицита, отказ больного от участия в исследовании. До включения в исследование все испытуемые подписывали информированное согласие, предварительно одобренное этическим комитетом Белорусской психиатрической ассоциации.

Результаты и обсуждение. Анализ клинико-социальных характеристик исследуемой выборки выявил низкий уровень образования (4,3 % пациентов с различным ВИЧ-статусом), неполное среднее образование (8,1 % HIV- и 10,2 % HIV+ наркозависимых), причём разница является статистически достоверной на уровне $p < 0,001$. Средний возраст обследованных пациентов – 30-33 лет, т.е. это относительно молодые люди в наиболее трудоспособном возрасте. Первая проба наркотиков у HIV+ наркозависимых ($17,85 \pm 2,76$ года) состоялась в среднем на 2 года раньше, чем у HIV- ($19,33 \pm 4,45$ года) при $p < 0,001$. Основным потребляемым наркотиком у пациентов обследованных групп является экстракционный опий. Среди ведущих мотивов потребления наркотиков пациенты обеих групп называют желание изменить настроение, нейтрализацию негативных переживаний, купирование состояния отмены. Возраст начала половой жизни исследованных пациентов: $15,37 \pm 2,03$ года для HIV- и $15,09 \pm 1,97$ года – для HIV+, число сексуальных партнеров в течение года у HIV+ ($2,35 \pm 1,65$) было в 4,1 раза больше по сравнению с HIV- пациентами ($0,56 \pm 1,23$) при $p < 0,000001$. Необходимо отметить, что 26,3 % HIV+ и 29,3 % HIV- наркозависимых совершали общественно опасные деяния. Вместе с тем HIV+ пациенты по сравнению с HIV- чаще совершали общественно опасные деяния / преступления в состоянии опьянения (33,6 % и 20,6 % соответственно; при $p < 0,01$), в состоянии отмены (27,7 % и 17,5 % соответственно; $p < 0,03$) и выраженного патологического влечения к наркотику (54 % и 30,6 % соответственно; $p < 0,00004$).

Установлены достоверно более низкие показатели SF-36 у HIV+ наркозависимых, касающиеся физической (общего состояния здоровья; $p < 0,001$) и психической (жизненной активности; $p < 0,05$) сфер, что свидетельствует о пессимистическом отношении к лечению HIV+ наркозависимых. У HIV- наркозависимых наиболее страдают ролевое физическое функционирование ($p < 0,00007$), интенсивность боли ($p < 0,001$), социальное функционирование ($p < 0,00001$) и эмоциональное ролевое функционирование ($p < 0,003$). Показатель психического здоровья составил $49,50 \pm 17,2$ у HIV+ и $52,12 \pm 17,2$ у HIV- наркозависимых. Интегральные показатели физического компонента здоровья были менее 43 баллов, а значения психологического компонента здоровья составляли не более 36 баллов у пациентов обеих групп, что свидетельствует о выраженной социальной дезадаптации наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом. Средние значения шкалы "Социальное функционирование" (СФ) у пациентов с опийной наркоманией распределены следующим образом: агрессия ($0,9 \pm 0,7$ HIV+ / $0,5 \pm 0,8$ HIV-), аффективные расстройства ($1,8 \pm 0,8$ HIV+ / $1,7 \pm 0,7$ HIV-), психоорганические нарушения ($1,1 \pm 0,6$ HIV+ / $0,9 \pm 0,6$ HIV-), критические способности ($1,9 \pm 0,8$ HIV+ / $1,4 \pm 1,1$ HIV-), самообслуживание ($1,2 \pm 1,1$ HIV+ / $1,5 \pm 0,9$ HIV-), трудовая деятельность ($2,7 \pm 1,3$ HIV+ / $2,8 \pm 1,2$ HIV-), социальные контакты ($1,9 \pm 0,8$ HIV+ / $2,1 \pm 0,7$ HIV-), семейные отношения ($2,4 \pm 1,1$ HIV+ / $2,6 \pm 0,9$ HIV-), отношение к родителям ($2,1 \pm 0,9$ HIV+ / $2,1 \pm 1,1$ HIV-), структурирование свободного времени ($2,3 \pm 1,0$ HIV+ / $2,7 \pm 0,9$ HIV-), общая оценка ($18,5 \pm 6,6$ HIV+ / $18,6 \pm 5,1$ HIV-). Коэффициент ранговой корреляции Кендалла позволил выявить наличие взаимозависимости между выраженностью агрессии и шкалами RP ($\tau = 0,18$; $p = 0,0008$), GH ($\tau = 0,11$; $p = 0,03$) и PH ($\tau = 0,13$; $p = 0,01$); общей оценкой шкалы СФ и шкалами RP ($\tau = 0,13$; $p = 0,01$), BP ($\tau = 0,14$; $p = 0,01$) и MH ($\tau = 0,12$; $p = 0,02$). Также выявлена обратная взаимозависимость между аффективными расстройствами и шкалой SF ($\tau = -0,12$; $p = 0,02$); психоорганическими расстройствами и шкалами RP ($\tau = -0,12$; $p = 0,02$), SF ($\tau = -0,16$; $p = 0,002$), RE ($\tau = -0,10$; $p = 0,04$) и MH ($\tau = -0,15$; $p = 0,004$).

Таким образом, чем ниже суммарный балл по шкале "аффективные расстройства", тем выше показатели по шкале "соци-

альное функционирование" опросника SF-36; чем более выражены психоорганические расстройства, тем хуже качество жизни, в частности параметры психического здоровья. Опросник SF-36 способен быстро и точно реагировать на изменения физического и эмоционального статуса наркозависимых пациентов, что подтверждается результатами объективной шкалы, исследующей особенности социального функционирования больных.

Литература

1. *Бараненко А.В.* Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) / А.В. Бараненко, О.Б. Калиниченко // Украинский вестник психоневрологии. 2003. Т. 11, вып. 2. С. 68-71.
2. *Бойко Е.О.* Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии / Е.О. Бойко // Вопросы наркологии. 2008. № 5. С. 58–65.
3. *Винникова М.А.* Ремиссии при героиновой наркомании, клиника, этапы течения : дис.... д-ра мед. наук: 14.00.45 / М.А. Винникова. М., 2005. 235 с.
4. *Голенков А.В., Николаев Е.Л., Булыгина И.Е., Цетлин М.Г.* Клинико-эпидемиологические особенности алкоголизма у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Вопросы наркологии. 1999. № 4. С. 32-37.
5. *Иванчук Э.Г.* Состояние когнитивных процессов у лиц, употребляющих психоактивные вещества / Э.Г. Иванчук, Н.Я. Оруджев // Соц. и клин. психиатрия. 2001. № 1. С. 85-88.
6. *Игонин А.Л.* Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение / А.Л. Игонин, Ю.Б. Тузикова, Д.А. Иришкин // Наркология. 2004. № 3. С. 50-58.
7. *Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36.* Институт клинико-фармакологических исследований [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf> (дата обращения: 21.05.2014)
8. *Кошкина Е.А.* Медико-социальные последствия инъекционного употребления наркотиков и возможные пути их предотвращения / Е.А. Кошкина и др.; под общ. ред. Б.П. Денисова. М.: МАКС Пресс, 2004. С. 27-57.
9. *Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л.* Система многоуровневой адаптации личности при болезни // Вестник психиатрии и психол. Чувашии. 2012. № 8. С. 93-104.

10. *Николаев Е.Л.* О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16. № 3. С. 38-45.
11. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С.* Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 87-126.
12. *Николаев Е.Л., Чупрова О.В.* Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе "зависимый-созависимый" // Вестник Чуваш. ун-та. 2013. № 2. С. 102-105.
13. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО "ОЛМА Медиа Групп", 2007. 320 с.
14. *Оруджев Н.Я.* Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики / Н.Я. Оруджев // Журн. неврол. и психиатрии имени С.С. Корсакова, 2002. № 3. С. 59-64.
15. *Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 февраля 2011 года* [Электронный ресурс]: ГУ "Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья". Минск, 2011. Режим доступа: URL: <http://www.rcheph.by/upload/Catalog/epid-VICH-01-02-2012.zip> (дата обращения: 21.05.2013).
16. *Foster J.H.* Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission / J.H. Foster, E.J. Marshall, T.J. Peters // Alcohol. Clin. Exp. Res. 2000. Vol. 24, N 11. P. 1687-1692.
17. *Kraemer K.L. et al.* Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences / K.L. Kraemer, S.A. Maisto, J. Conigliaro, M. McNeil, A.J. Gordon, M.E. Kelley // J. Gen. Intern. Med. 2002. Vol. 17, N 5. P. 382-386.
18. *Polak K.* The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome / K. Polak // Psychiatr. Pol. 2001. Vol. 35, N 6. P. 1057-1070.
19. *Ruggeri M. et al.* Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach / M. Ruggeri, G. Bisoffi, R. Warner, L. Fontecedro // British Journal of Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 268-275.
20. *Sorensen J.L., Masson C.L., Perlman D.C.* HIV / Hepatitis prevention in drug abuse treatment programs: guidance from research / J.L. Sorensen, C.L. Mason, D.C. Perlman; // Science & Practice Perspectives. July 2002. Vol. 1, N. 1. P. 6-12.

НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОСНОВА ДЛЯ РАЗВИТИЯ НАВЯЗЧИВЫХ НАРУШЕНИЙ

В.И. Крылов, Д.Ю. Бутылин

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Регуляция поведения человека достигается благодаря взаимодействию эмоциональной и волевой сфер психической деятельности [1]. При этом соотношение эмоциональных и волевых процессов определяются как прямой, так и обратной взаимосвязью. С одной стороны, воля и ее развитие способствует контролю над аффективной сферой психической деятельности человека, с другой – овладение своими эмоциями есть суть развития воли индивидуума.

При всем богатейшем спектре эмоциональных переживаний согласно базовым концепциям когнитивной психологии существуют так называемые основные простые аффекты – "удовольствие" и "неудовольствие" [2]. Все остальные, более сложные аффекты, к примеру такие, как злость и радость, счастье и печаль, тоска и воодушевление, в конечном счёте разлагаются до базовых эмоций "удовольствия" и "неудовольствия". Данные эмоции служат основой для построения более сложных многоступенчатых аффектов, которые в свою очередь определяют предметные представления субъекта и его отношение к чему-либо.

Причиной возникновения тяжелых невротических реакций в первую очередь служит нарушение волевого контроля базовых аффектов. В таком случае происходит необоснованное соединение эмоциональной оценки конфликтной ситуации и самого представления (предмета) невроза. Высокая эмоциональная сложность невротической ситуации, как правило, связана с возникновением сложносоставных, многоступенчатых аффектов, которые, в свою очередь, обеспечивают нарушение внутренней регуляции психической деятельности.

Одной из самых тяжелых форм невротических состояний является невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство по МКБ-10). Высокий уровень тревоги, выраженное нарушение социального функционирования и, как следствие, тяжелый субъективный дистресс невроза навязчивостей являются одной из актуальных проблем психотерапии. Особое положение в ряду обсессивно-фобических расстройств занимают множественные навязчивости: навязчивость экстракорпоральной угрозы, навязчивость повторного контроля и контрастные навязчивости. Навязчивость повторного контроля представлена обсессиями и компульсивными актами установления симметрии, сомнениями, связанными с безопасностью, профессиональной деятельностью и общей социальной активностью. Навязчивость экстракорпоральной угрозы включает в себя обсессивно-компульсивную симптоматику трех обобщенных подгрупп: страх загрязнения телесными выделениями, страх проникновения в организм вредных и ядовитых веществ, страх заразиться и заболеть (страх проникновения вирусов, бактерий, глистов и пр.). Типология навязчивостей контрастного содержания представляет собой навязчивые опасения возможного совершения и сомнения в отношении якобы уже совершенных действий агрессивного и криминального характера.

До настоящего времени не существует единой точки зрения на вопросы психопатологической квалификации состояний со сложными политематическими навязчивостями. Известно, что зачастую сложность симптоматики, отсутствие психологической понятности, а также затяжной характер течения подобных навязчивостей заставляют специалистов трактовать их в рамках расстройств шизофренического спектра. Пациенты с множественными навязчивостями совершают бесконечное количество безуспешных попыток подавления своей симптоматики и, как правило, оказываются неспособными к борьбе и волевому контролю над ней.

Ослабевающий волевой контроль ведет к дисрегуляции эмоций, способность индивидуума к управлению своими аффектами сводится к минимуму, что в свою очередь ведет к окончательному нарушению субъективного контроля над деятельностью и поведением. Образуется порочный круг эмоцио-

нально-волевых нарушений, степень которого будет отображать тяжесть и глубину психопатологических расстройств.

Пациентка М., 24 года. Воспитывалась "в строгости", мать – школьный учитель, преподает русский язык и литературу, отец – егерь. Росла в маленьком городе Красноярского края. В возрасте 21 года переехала в Санкт-Петербург. Вскоре после приезда познакомилась с мужчиной старше себя на 7 лет, впервые вступила в сексуальные отношения и вскоре вышла за него замуж. Спустя два года совместного проживания забеременела и родила ребенка. После беременности и родов сексуальная жизнь пациентки утратила прежнюю насыщенность. На этой почве появились недопонимания с супругом, возникли первые серьезные ссоры.

– В тот период времени я чувствовала, что могу рассчитывать на понимание со стороны мужа. Мне было тяжело и переезд, и беременность, и ребенок. Каждый вечер ждала его, готовилась к его приходу...

– *Вы хотели интимной близости с супругом?*

– Да, но более важным для меня было его теплое отношение ко мне, нежность, внимание. Когда он приходил, то ел и ложился спать, иногда играл с ребенком. Меня словно не существовало.

– *Вы чувствовали одиночество?*

– Меня словно более не существовало для него. Знаете, я читала специальную литературу, пыталась найти к нему подход... Пробовала прямо заговорить с ним, выяснить, что происходит, но он всегда уходил от ответа. Я не понимала, что мне делать. Сначала винила его во всем...

– *...а следом стали чувствовать виноватой себя?*

– Да. Я стала думать, что со мной что-то не так. Думала, что нужно взять себя в руки и успокоиться. Говорила себе, что муж много работает и устает, а я только требую от него...

– *Именно в тот момент появились навязчивые мысли?*

– Нет. Это произошло позже. Когда отношения разладились со всем, я, то чувствовала себя виновной, то злилась на него. Он приходил с работы, и мое настроение могло меняться в течение вечера несколько раз (пауза). Иногда я чувствовала такую злобу, что устраивала ему истерики, кричала, била посуду, пыталась даже ударить его... Он сказал, что у меня послеродовая депрессия, и я не справляюсь с ребенком. Потом он говорил, что я помешанная на сексе, что мне надо меньше думать об этом.

– *Правильно ли я понял, что супруг считал Вас больной и неспособной справиться с ребенком?*

– Да. Он считал, что я не справляюсь и у меня от этого истерики.

– *Должно быть, Вы чувствовали еще большую злость?*

– И да, и нет. Сначала, да. Потом стала думать о том, что, может быть, муж прав. Он предложил, чтобы приехала моя мама и помогла мне с ребенком.

– *Что Вы почувствовали, услышав об этом от мужа?*

– Ну, я должна была обрадоваться, ведь я соскучилась по маме, мы давно не виделись, и я надеялась на ее помощь.

– *Вы должны были почувствовать радость и надеяться на помощь мамы, но что вы почувствовали на самом деле?*

– Не знаю (пауза). Мне стало страшно, не знаю и еще я впервые почувствовала к матери неприязнь. Я не хотела ее видеть.

– *Что Вы чувствуете теперь, когда говорите мне об этом?*

– Мне стыдно, я не должна говорить о таком. Я словно предаю свою мать. Поймите, я очень ее люблю, на меня тогда просто что-то нашло. Потом я думала, что заболела из-за того, что плохо думала о маме, о муже.

– *Расскажите мне о том, как началось заболевание.*

– (пауза). Мама жила у нас неделю или полторы и, знаете, все действительно наладилось. Все стало спокойнее. Я чувствовала, что она рядом и мне было спокойно. А потом как-то внезапно возникли эти мысли. Очень неприятно говорить о них... Я понимала, что это полная ерунда, но мне стало казаться, что, когда мама летела ко мне из Красноярска, то в самолете она... (пауза) ну, в общем, вступила в гомосексуальную связь. Это полная нелепость! Даже смешно! Но она возникала снова и снова!

– *Я могу предположить, что это ошеломило Вас? Вы почувствовали себя растерянной?*

– Да, я не могла понять. Было стыдно думать о таком, но мысль не давала мне покоя.

– *Это была лишь мысль? Возникали ли у Вас представления о том, как это было? Картинки из Вашего воображения?*

– Да, и это было еще хуже. Я сгорала от стыда. Мне было жутко страшно. А еще это было очень неприятно. Просто мерзко.

– *Вы назвали чрезвычайно большое количество негативных чувств: стыд, страх, неприятие, чувство того, что Вам мерзко.*

– Все это было. Бывало так, что все одновременно. Конечно, бывали периоды, когда мысли и представления пропадали и становилось спокойнее, но со временем их стало совсем много.

– *Эти мысли касались только Вашей матери?*

– Сначала, а потом стали возникать те же мысли про свекровь с женщиной, потом я стала мучиться от того, что представляла себе му-

жа с мужчиной. Это было ужасно, я пыталась прогнать эти мысли, пыталась отвлечься, но ничего не помогало. Было так стыдно.

Отрывок из данного клинического интервью позволяет проанализировать ключевые моменты становления эмоционально-волевых основ навязчивой симптоматики. Первичным стимулом к развитию навязчивостей у пациентки послужило полное отсутствие вовлеченности родителей в ее сексуальное воспитание. Ни мать, ни отец никогда не говорили с ней на эту тему. Недоступность, замкнутость родителей в отношении сексуальной тематики зародили в пациентке чувства отстраненности и изолированности в вопросах секса. Изначальное "родительское послание" [3] гласило: "сексуальность = плохо". Несмотря на дальнейшую адаптацию в сексуальной жизни пациентки, когда она, переехав в крупный город и встретив мужчину, смогла минимизировать данную родительскую установку, не стоит недооценивать ее психологического значения. Уже в тот момент на чувственном уровне присутствовал диссонанс между родительскими установками "секс = плохо", "плохо = неудовольствие" и собственным эмоциональным опытом "сексуальность = удовольствие" и "удовольствие = хорошо". Тем не менее данный эмоциональный конструкт не стал патогенным, естественный психологический волевой механизм способствовал уменьшению аффективного диссонанса и достаточной адаптации на тот период времени. Гармония в отношениях (в том числе сексуальных) с мужем также способствовала стабилизации и минимизации каких-либо психологических проблем в данной области.

Однако межличностный конфликт в отношениях с супругом порождает более существенную эмоциональную разобщенность, которая дополняется существующим с детских лет аффективным диссонансом. Образованная эмоциональная разобщенность являет собой более сложный, многоступенчатый аффект, ввиду чего существенно возрастает аффективная насыщенность переживаний, интенсивность общей дисрегуляции поведения. Вот некоторые из образованных пациенткой аффективных диссонансов: желание (сексуальной близости, нежности, внимания) – чувство одиночества; чувство вины супруга – его отстранен-

ность; самообвинение – самоуспокоение; надежда на помощь матери – неприязнь к ней и страх; стыд и предательство – любовь; спокойствие – растерянность и стыд. Описанные сложные многоступенчатые аффекты образуют ложные когнитивные представления [4]: я плохая = я больная и сексуальность = плохо = болезнь. В таком случае не происходит должного разделения предметного представления от патологической аффективной оценки.

Формирование сложных многоступенчатых патогенных аффектов и ложных когнитивных представлений приводит к нарушению общей регуляции психической деятельности, возникают болезненные невротические симптомы. Интенсивность эмоциональной разобщенности, непонимание пациенткой своих аффектов приводит к ослабеванию волевого контроля над всей психической деятельностью. Порочный круг замыкается нарушением волевого контроля над эмоциональной сферой психической деятельности. На основе аффективного дисбаланса, проявляющегося в виде тотальной неспецифической тревоги, происходит становление идеаторного навязчивого образования, тематически и эмоционально связанного с объектом реальных переживаний.

Основной психотерапевтической задачей в таком случае будет расщепление сложных многоступенчатых патогенных аффектов до базовых эмоций "удовольствия" и "неудовольствия". При этом следует отметить чрезвычайную щепетильность и тщательность данной работы. В оптимальном варианте пациент должен по-настоящему прочувствовать и принять каждое из звеньев сложной цепи аффективного дисбаланса.

Определение и принятие базовой эмоции позволят пациенту обнаружить искаженность образованного ложного когнитивного представления (предметного отношения к ситуации). Иными словами, пациент учится отделять предметное представление от аффективной оценки и получает возможность отличать предметные представления от эмоционального отношения к ним. В противном случае человек, находящийся во власти аффектов, не будет способен разделять их с соответствующими представлениями и порочный круг, о котором говорилось выше, будет замкнут.

Следующим этапом на терапевтическом пути должно стать выявление нарушений психической деятельности во всем их многообразии. Пациент должен быть проинформирован о том, что разобщенные аффекты и ложные когнитивные представления вызывают самые различные нарушения психики, которые обычно трактуются пациентом как "непонятные", "неясно откуда взявшиеся", "вдруг появившиеся" и пр. Пациенту предоставляется на рассмотрение весь длинный список заболеваний от первичных родительских установок, разобщенных аффектов и ложных когнитивных представлений к навязчивой симптоматике, т.е. к конкретным болезненным симптомам, с которыми собственно он и обращается к доктору.

Заключительным, но от этого не менее важным этапом психотерапевтической работы является восстановление волевого контроля психической деятельности. Нарушение волевого контроля возникает, когда индивидуум попадает в неопределенную (эмоционально, когнитивно) ситуацию, различные критерии которой необоснованно объединены и за счет этого патологичны. Выявление разобщенных аффектов, основных базовых эмоций и выделение сформированных ложных установок будут способствовать повышению регуляции пациентом своей деятельности и поведения. Понимание индивидуумом своей аффективной сферы и способность к разделению предметного представления от эмоциональной оценки будет способствовать развитию воли. Усиление волевых психических свойств в свою очередь увеличивает ослабленный потенциал пациента к контролю и борьбе с навязчивыми стимулами. Психотерапевтическая работа сконцентрирована на восстановлении эмоционально-волевой регуляции психической деятельности.

Литература

1. Вундт В. Введение в психологию. М.: URSS, 2007. 167 с.
2. Джемс У. Научные основы психологии. Минск: Харвест, 2003. 372 с.
3. Берн Э. Трансактный анализ. М., 2007. 192 с.
4. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. СПб.: Питер, 2003. С. 204-209.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИЙ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

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

Агрессивное поведение среди молодежи в настоящее время носит довольно распространенный характер, согласно статистическим данным, сегодня примерно половину преступлений совершает молодежь в возрасте от 14 до 30 лет (Масленцева Н.Ю., 2003).

Высокий уровень агрессии и агрессивное поведение у лиц юношеского возраста затрагивает эмоциональную сферу личности, негативно влияет на профессиональную и учебную деятельность, межличностные взаимоотношения и является одним из факторов риска сохранения здоровья у молодежи (Николаев Е.Л., Комиссарова Н.И., Григорьева Н.Н., Герасимова М.Н., 2010). При этом способность к адаптивному эмоциональному регулированию враждебного восприятия социальной информации и возникающей на неё реакции гнева, а также развитие у подростков навыков самоконтроля, способствует сдерживанию проявления у них агрессивного поведения (Calvete E., Orue I., 2012; Ronen T., Rosenbaum M., 2010; Ланцова Н.Н., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л., 2013). Выявлено, что молодые люди, стремящиеся к поддержанию близких межличностных отношений как с родителями, так и сверстниками, достоверно меньше проявляют агрессивное поведение (Mesch G.S., Fishman G., Eisikovits Z., 2003). Депрессивные состояния и выраженность

аффективных нарушений в некоторых случаях способны спровоцировать аутоагрессивное поведение у молодежи (Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В., 2012). Результаты исследований также свидетельствуют, что цели, навыки и стратегии поведения, которые способствуют или препятствуют насилию, у молодежи положительно взаимосвязаны. Кроме того, отрицательная связь обнаружена между поощрением насилия и ингибированием целей, навыков и стратегий поведения (Winstok Z., 2009).

Исследование молодежной агрессии выявило высокую аффективность, импульсивность, кратковременность и недифференцированную направленность реагирования на фрустрирующую ситуацию (Можгинский Ю.Б., 1999), взаимосвязи между семейным воспитанием и уровнем агрессивных тенденций (Воробьева К.А., 2010), положительную значимую связь самооценки проявления агрессии у молодежи с ситуациями насилия в детстве, когда ребенок оказывался свидетелем насилия или сам подвергался ему (Maxwell C.D., Maxwell S.R., 2003), характеристики пограничного расстройства личности, которое достаточно часто возникает у подростков, подвергавшихся жестокому обращению (Haugaard J.J., 2004), особенности адаптации подростков к социуму, определяющиеся их индивидуально-психологическими свойствами и наличием агрессивных тенденций в поведении (Козловская Н.В., 2008), превалирование у подростков внутренней составляющей агрессии, состоящей из факторов влияния на возникновение и поддержание агрессивного поведения, над внешней составляющей агрессии (Мельникова М.Л., 2008).

Н.В. Жигинас, М.М. Аксёнов (2005) выделили общие черты агрессивных подростков, среди которых они называют бедность ценностных ориентаций, отсутствие увлечений, узость и неустойчивость интересов. Для подростков мужского пола это чувство бессилия, страха, незащищенности, для подростков женского пола – эмоциональность, чувство страха в процессе коммуникации, зависимость. Повышенная сенситивность и ранимость таких подростков, свидетельствует о психологической уязвимости и готовности личности к возникновению различных

поведенческих нарушений и нарушений психического здоровья (Николаев Е.Л., 2006).

Агрессивное поведение рассматривается как одна из форм реагирования человека на различные неблагоприятные жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и другие подобные состояния (Ениколопов С.Н., 2010), в связи с чем для выявления индивидуально-личностных механизмов агрессивного реагирования у учащихся в условиях фрустрирующей ситуации нами было проведено исследование личностных, эмоционально-волевых особенностей учащихся и форм проявляемого ими агрессивного поведения с учетом степени их подверженности фрустрированности социальной средой.

В исследовании использованы методики: "Фрейбургская анкета агрессивности", тест-опросник "Исследование волевой саморегуляции" А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана, "Тест агрессивности" Л.Г. Почебут, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); характерологический опросник Леонгарда, "Шкала враждебности" Кука-Медлей.

Учащиеся техникума были поделены на три группы по степени фрустрированности внешней средой, на группы с низкой, средней и высокой фрустрированностью. Деление на группы было произведено по результатам, полученным в ходе исследования учащихся с помощью "Фрейбургской анкеты агрессивности", позволяющей прогнозировать степень фрустрированности среды обучения для учащегося. Всего было обследовано 68 учащихся техникума, юношей – 34 чел., девушек – 34 чел., средний возраст обследованных $16,7 \pm 1,5$ года.

Агрессивное поведение затрагивает эмоциональную сферу личности, поэтому может сопровождаться тревожными и депрессивными расстройствами. Исследование уровня тревоги и депрессии выявило достоверные различия между группами по шкале тревоги ($F=3,43$; $p=0,047$). Группа с низкой степенью фрустрированности социальной средой имеет нормальный уровень тревожности, не выходящий за границы нормы. В группе со средним уровнем фрустрированности отмечается субклинически выраженная тревога. И в группе с высокой степенью фрустрированности социальным окружением наблюдается высокий уровень тревожности. В исследованных группах не выявлены

взаимосвязи наличия депрессии со степенью склонности к агрессивному поведению.

Способность к волевой саморегуляции в различных конфликтных ситуациях, оказывающих фрустрирующее воздействие на личность, характеризуется такими качествами характера, как настойчивость и самообладание. Степень волевой саморегуляции поведения учащихся при разной степени фрустрированности средой обучения имеет достоверные различия между группами по всем исследуемым шкалам опросника, "настойчивости" ($F=3,68$; $p=0,04$), "самообладания" ($F=5,11$; $p=0,01$), "общей шкалы волевой саморегуляции" ($F=6,85$; $p=0,004$). Таким образом, при разной степени склонности к агрессивности уровни волевой саморегуляции поведения также достоверно различны.

Высокий уровень настойчивости наблюдается в группах с низкой и средней склонностью к агрессивному поведению и низкий уровень настойчивости в группе с высокой склонностью к агрессивному поведению. У учащихся с высокой степенью склонности к агрессивному поведению низкие значения по данной шкале свидетельствуют о эмоциональной неустойчивости, тревожности, неуверенности в себе, что может приводить к недобрым поступкам в поведении.

Высокие значения по шкале "Самообладание" получены для группы с низким уровнем фрустрированности средой, свидетельствуют о хорошо развитом у них контроле над эмоциональными реакциями. В некоторых случаях ингибирование эмоциональных реакций может иметь отрицательный эффект, выражающийся в повышении внутренней напряженности и истощаемости. В группах со средней и высокой степенью склонности к агрессивному поведению выявлены низкие значения самообладания, характеризующие повышенную аффективность и импульсивность реагирования.

По общей шкале волевой саморегуляции в группах с низкой и средней склонностью к агрессивному поведению выявлен её высокий уровень, что свидетельствует об адекватности реагирования в большинстве ситуаций и развитой способности к самоконтролю поведения. В группе с высоким уровнем фрустрированности социальной средой низкие значения по данной шкале

характеризуют их как неуверенных в себе, эмоционально лабильных, с преобладанием негативного фона настроения, проявляющих импульсивность и дезадаптивные формы реагирования во взаимоотношениях с окружающими их людьми.

Исследование степени агрессивности у исследуемых групп выявило достоверные различия по характеристикам "вербальная агрессия" ($F=23$; $p=0,001$), "предметная агрессия" ($F=6,73$; $p=0,004$), "эмоциональная агрессия" ($F=12,1$; $p=0,0001$), "самоагрессия" ($F=22,68$; $p=0,0001$).

В группе со средней и высокой степенью фрустрированности внешней средой наблюдается более высокая степень проявления вербальной агрессии; учащиеся чаще, чем в группе с низким уровнем фрустрированности социальной средой, используют словесные оскорбления в выражении своего агрессивного отношения к другим людям. Проявление физической агрессии в группе с высокой и средней степенью фрустрированности выражено больше, чем в группе с низкой фрустрированностью, которая имеет средние значения склонности к поведению с применением физической силы в конфликтных ситуациях. Для группы с высоким уровнем фрустрированности социальной средой также выявлено поведение, которое довольно часто проявляется в срыве агрессии на окружающих его предметах, эмоциональной холодностью при общении, подозрительностью, враждебностью и недоброжелательностью по отношению к другим людям. Ослабление механизмов психологической защиты и дезадаптированность, приводящие к саморазрушительному поведению, больше характерно для группы с высокой степенью фрустрированности окружающей средой.

Исследование характеристик враждебности учащихся выявило присущий всем группам повышенный уровень цинизма. При этом более высокие показатели враждебности наблюдаются у группы со склонностью к агрессивности и фрустрированности социальной средой ($F=9,32$; $p=0,0001$).

Выявлены достоверные различия встречаемости акцентуаций характера в исследуемых группах учащихся: "эмотивный" ($F=4,16$; $p=0,02$), "педантичный" ($F=7,12$; $p=0,003$), "тревожный" ($F=8,9$; $p=0,01$), "циклотимный" ($F=21,9$; $p=0,0001$), "неуравно-

вешенный" ($F=14,04$; $p=0,0001$), "экзальтированный" ($F=10,52$; $p=0,0004$).

Группа с низкой склонностью к фрустрированности социальным окружением отличается общительностью, самостоятельностью в принятии решений, отсутствием чувства дистанции в отношениях, что характерно для гипертимного типа акцентуации. Циклотимный тип акцентуации характера чаще встречается в группе со средней склонностью к агрессивному поведению ($F=21,9$; $p=0,0001$), он характеризуется выраженными перепадами настроения и зависимостью от внешних ситуаций. В данной группе выделяются также акцентуации возбудимого и экзальтированного типа личности, характерной особенностью которых является в первом случае импульсивность, со сниженным контролем над побуждениями и влечениями, во втором – большой диапазон и лабильность эмоциональных состояний, легко приходящие в крайние эмоциональные состояния – от полного восторга до глубокого отчаяния. Для группы с высокой степенью склонности к агрессивному поведению и фрустрации социальным окружением преобладающими типами акцентуации характера выступают циклотимный и экзальтированный, что свидетельствует о таких личностных особенностях, как склонность к перепадам настроения и выраженным эмоциональным реакциям. У этой группы учащихся также проявляется тенденция к возбудимому, педантичному, тревожному, неуравновешенному типам реагирования.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что степень подверженности личности учащихся к фрустрированности окружающей средой вкупе с имеющимся типом акцентуации характера взаимосвязана с формами и степенью проявления агрессивности и враждебности во взаимоотношениях с людьми, уровнем тревожности и способности к волевой саморегуляции поведения.

Присутствие в характере таких черт, как ригидность, инертность, долгое переживание травмирующих событий, соответствующих педантичному типу ($p<0,05$), подверженность сильной тревожности, склонности к страхам, повышенной робости и пугливости, соответствующих тревожному типу ($p<0,01$), а также периодическая смена гипертимических (повышенное настроение, активность) и дистимических (сниженное настроение,

заторможенность) фаз соответствующих циклотимному типу ($p < 0,001$) взаимосвязаны с высокой тревожностью, низким уровнем волевой саморегуляции поведения, сниженной настойчивостью и самообладанием, выраженной комплексной аффективно-когнитивной чертой – враждебностью ($p < 0,001$) и фрустрированностью социальным окружением ($p < 0,01$). В результате данные учащиеся, наиболее часто вербально ($p < 0,01$) выражают свое агрессивное отношение к другому человеку, используя словесные оскорбления, срывая свою агрессию на окружающих предметах ($p < 0,001$), испытывают эмоциональное отчуждение при общении с другим человеком ($p < 0,01$), которое сопровождается подозрительностью, враждебностью ($p < 0,05$), неприязнью или недоброжелательностью по отношению к нему, они не всегда находятся в мире и согласии с собой ($p < 0,001$), у них отсутствуют или ослаблены механизмы психологической защиты, они чувствуют себя беззащитными в агрессивной среде.

При неуравновешенном и экзальтированном типе характера выявлены взаимосвязи с характеристиками эмоционально-волевой, аффективно-когнитивной сферы и взаимодействием с социальным окружением. Эмоционально волевая сфера характеризуется повышенной тревожностью ($p < 0,05$), сниженной способностью к волевой саморегуляции поведения ($p < 0,001$). Аффективно-когнитивная сфера характеризуется повышенной агрессивностью ($p < 0,001$) и враждебностью ($p < 0,01$). Взаимодействие с социальным окружением проявляется пренебрежительным отношением к нормам общественной морали ($p < 0,05$) и фрустрированностью близким окружением ($p < 0,01$). Проявляемые формы агрессивного поведения при этом выражаются вербальной ($p < 0,001$), физической ($p < 0,01$), предметной ($p < 0,001$), эмоциональной ($p < 0,001$) агрессией и самоагрессией ($p < 0,001$).

У эмотивного типа личности, для которого характерна повышенная чувствительность, впечатлительность, глубина переживаний в области тонких эмоций в духовной жизни выявлен сниженный уровень волевой саморегуляции поведения ($p < 0,05$) и фрустрированность социальным окружением ($p < 0,01$). Агрессивное поведение при этом принимает форму аутоагрессии ($p < 0,05$).

При гипертимном типе, который характеризуется повышенным фоном настроения в сочетании с жадной деятельностью, высокой активностью, предприимчивостью, выявлены взаимосвязи с агрессивностью как свойством, отражающим осознаваемую или неосознаваемую предрасположенность личности к достаточно агрессивному поведению, целью которого является достижение высоких результатов, склонность к авторитарности ($p < 0,01$), а также с враждебностью, характеризующей аффективно-когнитивную черту личности ($p < 0,05$).

Дистимный тип, характеризующийся сниженным фоном настроения, фиксацией на мрачных сторонах жизни, идеомоторной заторможенностью, взаимосвязан с фрустрированностью социальным окружением ($p < 0,01$). Проявляемые формы агрессивного поведения при этом представлены вербальной агрессией ($p < 0,05$), предметной агрессией ($p < 0,05$), эмоциональной агрессией ($p < 0,05$).

При возбудимом типе личности, характеризующемся повышенной импульсивностью, ослаблением контроля над побуждениями и влечениями проявляемыми формами агрессивного поведения является вербальная агрессия ($p < 0,05$) и самоагрессия ($p < 0,05$).

Таким образом, личности с педантичным, тревожным или циклотимным типом акцентуации характера в ситуации фрустрированности социальным окружением склонны к проявлению вербальной и предметной агрессии. Имеющие неуравновешенный или экзальтированный тип акцентуации характера в ситуации фрустрации могут проявлять агрессивное поведение, выражающееся в словесных оскорблениях, враждебности, порче имущества, причинении физического вреда как окружающим, так и самому себе. У эмотивного типа личности, имеющего повышенную склонность к фрустрированности внешней средой, агрессивное поведение принимает в большинстве случаев форму аутоагрессии. Дистимный тип, как и эмотивный, имеет повышенную предрасположенность к фрустрации внешней средой и в большинстве ситуаций агрессивное поведение выражается в форме словесных оскорблений, порче вещей, отчужденным отношением к окружающим. Возбудимый тип личности, характеризующийся повышенной импульсивностью и ослаблением кон-

троля за поведением, склонен к проявлению вербальной агрессии и аутоагрессии.

Полученные результаты исследования определяют направление для программы психологической профилактики и коррекции агрессивного поведения у молодежи, которая должна быть нацелена на уменьшение степени подверженности учащихся фрустрации средой обучения и снижением в связи с этим проявления деструктивной агрессии, направленной на окружающих и самого себя. Это может быть достигнуто повышением уровня социальной адаптации личности, развитием личностных качеств, связанных с эмоционально-волевой сферой личности.

Литература

1. *Воробьева К.А.* Влияние внутрисемейных особенностей на формирование агрессивных установок личности у подростков из полных и неполных семей // Вестник Моск. гос. обл. ун-та. Сер. Психол. науки. 2010. № 2. С. 117-123.
2. *Епиколопов С.Н.* Актуальные проблемы исследования агрессивного поведения // Прикладная юрид. психология. 2010. № 2. С. 37-47.
3. *Жигинас Н.В., Аксёнов М.М.* Проблемы агрессивности девиантных подростков в ракурсе маскулинного и феминного дискурсов // Вестник Том. гос. пед. ун-та. 2005. № 1. С. 77-82.
4. *Козловская Н.В.* Проблема психологической адаптации агрессивных подростков в группе сверстников // Вестник Ставроп. гос. ун-та. 2008. № 6. С. 102-112.
5. *Ланцова Н.Н., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л.* Психологическое исследование аффективных состояний у студентов: гендерные аспекты // Вестник Чуваш. ун-та. 2013. № 2. С. 97-101.
6. *Масленцева Н.Ю.* Экстремизм и агрессия в молодежной среде в условиях современной России // Соц. работа на Урале: истор. опыт и совр-сть: межвуз. сб. науч. тр. / Рос. гос. проф.-пед. ун-т; Соц. ин-т. Екатеринбург, 2003. Вып. 3. С. 158.
7. *Мельникова М.Л.* Подростки-правонарушители в системе образования: взгляд на проблему агрессивного поведения // Альманах совр. науки и образования. Тамбов: Грамота, 2008. № 4 (11): в 2 ч. Ч. 2. С. 152-155.
8. *Можгинский Ю.Б.* Агрессия подростков: эмоциональный и кризисный механизм. СПб., 1999.

9. *Николаев Е.Л.* Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 2. С. 136-142.
10. *Николаев Е.Л., Комиссарова Н.И., Григорьева Н.Н., Герасимова М.Н.* Потенциал здоровья студенческой молодежи: личностные и поведенческие факторы риска // Науч.-мед. вестник Центрального Черноземья. 2010. № 39-3. С. 16-21.
11. *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.
12. *Calvete E., Orue I.* The role of emotion regulation in the predictive association between social information processing and aggressive behavior in adolescents // International J. of Behavioral Development. 2012. Vol. 36, N 5. Sept. P. 338-347.
13. *Haugaard J.J.* Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents. Who have been severely maltreated: borderline personality disorder // Child Maltreat. 2004. Vol. 9, N 2. May. P. 139-145.
14. *Maxwell C.D., Maxwell S.R.* Experiencing and witnessing familial aggression and their relationship to physically aggressive behaviors among Filipino adolescents // J. Interpers Violence. 2003. Vol. 18. N 12. Dec. P. 1432-1451.
15. *Mesch G.S., Fishman G., Eisikovits Z.* Attitudes supporting violence and aggressive behavior among adolescents in Israel: the role of family and peers // J. Interpers Violence. 2003. Vol. 18, N 10. Oct. P. 1132-1148.
16. *Ronen T., Rosenbaum M.* Developing learned resourcefulness in adolescents to help them reduce their aggressive behavior: preliminary findings // Research on Social Work Practice. 2010. Vol. 20, N 4. July. P. 410-426.
17. *Winstok Z.* The relationships between social goals, skills, and strategies and their effect on aggressive behavior among adolescents // Interpers. Violence. 2009. Vol. 24, N 12. Dec. P. 1996-2017.

ФАКТОРЫ СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ СТАРШЕКЛАССНИКАМИ

А.В. Сидорова, И.С. Иванова, М.Ю. Судякова, А.П. Андреева

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

Актуальность исследования. Под термином "стигматизация" понимается предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него каких-либо особых свойств или признаков [6]. В обществе наиболее стигматизированными и дискриминированными являются люди с психическими расстройствами (ПР), которые, столкнувшись с недоброжелательным отношением, вешают на себя "ярлык ущербного человека" [7]. Негативные последствия стигмы затрагивают не только больных, но и членов их семей и близких родственников [11].

В предыдущих исследованиях, проведенных в Чувашии, были изучены вопросы самостигматизации и дискриминации психически больных [4, 5], отношение к ним населения республики в возрасте 18 лет и старше [1], студентов [2] и медсестер [3]. Было выявлено сильно стигматизированное отношение к больным с ПР при низком уровне психиатрической грамотности населения [1]. Однако мнение подрастающего поколения не изучалось. При этом за рубежом такие исследования весьма актуальны, что связано с проблемой раннего выявления ПР среди молодежи и повышение толерантности к больным людям [8-10].

Характеристика респондентов и методы исследования. В исследование включены 544 заполненные анкеты (мальчиков – 230, девочек – 314): 9-11 классов четырёх сельских СОШ (206 опрошенных), трёх городских СОШ (179), двух лицеев и одной гимназии (159) г. Чебоксары.

Использовался опросник J. Ritsher et al. [11]. Кроме того, в анкету были добавлены вопросы, касающиеся представления школьников о психически больных и ПР. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описа-

тельной статистики (расчет среднего значения – М, стандартного отклонения – SD) и регрессионного анализа.

Результаты исследования. В двух СОШ г. Чебоксары в проведении опроса было отказано по причине того, что школьные психологи считали опросник слишком сложным для учащихся. В другой школе директор запретил проводить опрос из-за возможной негативной реакции со стороны учащихся на психически больного ученика.

Во время опроса в сельских школах (Канашского, Урмарского и Янтиковского районов) школьники вели себя заинтересованно, с пониманием отнеслись к заданию, трудностей в заполнении опросника не возникало. В городских школах к проведению опроса отнеслись с настороженностью, интересовались целями исследования и соблюдением конфиденциальности.

Опрос показал, что 57 % опрошенных преимущественно негативно относились к людям страдающим ПР, без разницы в гендерных группах (55,7 % – у мальчиков и 58% – у девочек), профиля школы (54,7 и 61,2 %), места жительства (54,7% – в городе и 61,2 % – в селе), кто встречал и не видел больных (55,6 и 58,3 %). Более стигматизированным было отношение школьников 9 классов (63 % негативных оценок против 56 % в 10 и 52 % – в 11 классах).

Получены высокодостоверные различия ($p < 0,001$) между классами по факторам и сумме значений (таблица). Старшеклассники чаще встречали людей с ПР, поэтому отношение к ним у них было более толерантным. Городские школьники чаще испытывали дискомфорт при встрече психически больных, а сельские были склонны к их изоляции.

Показатели факторов стигматизации
у школьников разных классов (M±SD)

Факторы (вопросы)	Всего	9 класс	10 класс	11 класс
"Отчуждение" (1-6)	14,5±4,4	14,2±2,2	14,0±2,4	14,8±2,3
"Подтверждение стереотипов" (7-13)	18,8±4,7	18,0±3,3	18,8±3,1	19,2±2,9
"Проявления дискриминации" (14-18)	11,6±4,5	11,5±2,3	11,4±2,6	11,2±2,6
"Социальная изоляция" (19-24)	14,3±4,4	14,0±2,2	13,7±2,4	14,6±2,5
"Стигмаустойчивость" (25-29)	13,8±4,4	13,4±2,5	13,9±2,2	13,6±2,5
Общая сумма	72,2±7,7	71,1±7,6	72,0±7,6	73,6±7,5

Фактор "отчужденность". Исследование показало, что 58,4 % респондентов считали, что больные с ПР не могут найти свое место в мире. Большинство школьников (80,7 %) полагали, что наличие ПР портит жизнь больным, психически здоровые люди неспособны понять психически больных (63,5 %). Относительно того, стесняются ли психически больные своего заболевания и чувствуют ли они себя ниже здоровых, оценки разделились поровну. 58,4 % респондентов полагали, что психически больные люди разочарованы в себе.

Фактор "подтверждение стереотипов". Опрошенные в 58 % случаев согласились, что стереотипы о ПР применимы к психически больным. 21 % респондентов ответил, что люди определяют психически больных по внешнему виду; 47 % считают, что больные с ПР имеют тенденцию к насилию. По мнению 60 % школьников, окружающие вынуждены принимать большинство решений за психически больных, а 45 % согласились с тем, что эти люди не могут жить счастливой, полноценной жизнью. Считали, что психически больные не должны жениться (24 %) и не могут внести свой вклад в общество (22 %).

Фактор "дискомфорт". Большинство респондентов (67 %) подтвердило, что окружающие дискриминируют больных, потому что у них ПР; 58 % считали, что здоровые люди придерживаются мнения, что психически больной человек не сможет добиться многого в жизни и люди игнорируют психически больного человека, либо ведут себя с ним менее серьезно (69 %). Респонденты полагали, что люди часто опекают человека с ПР или ведут себя с ним, как с ребенком, потому что он психически больной (76 %), никто из окружающих не хочет сближаться с психически больным человеком из-за его болезни (60 %).

Фактор "социальная изоляция". Школьники считали, что психически больной не хочет обременять других своим ПР (60 %). Многие (64 %) полагали, что психически больные не общаются с людьми, потому что не хотят выглядеть странными; отрицательные стереотипы о психическом заболевании изолируют больного человека от психически здоровых людей (69 %). При этом больные избегают социальных контактов, чтобы защитить свою семью или друзей от предвзятого отношения со стороны общества (54 %), будучи в кругу здоровых людей пси-

хически больные ощущают свое неуместность или неадекватность (56 %). Мнение школьников относительно того, избегают ли психически больные сближения со здоровыми людьми, чтобы избежать отторжения, разделилось практически поровну.

Фактор "стигма-устойчивость". Менее половины (46 %) опрошенных считали, что больные чувствуют себя комфортно, когда видят на публике человека с явными признаками ПР и что они вносят существенный вклад в общество (45 %). Несмотря на это школьники согласились, что в целом психически больные способны жить той жизнью, которой хотят (80 %), могут иметь полноценную жизнь, хотя и более низкого качества (77 %); жизнь с ПР сделала больных стойким к невзгодам (61 %).

Наиболее весомым в стигматизации психически больных является психологический фактор "дискомфорт", который отражает трудности восприятия психически больного как члена общества. Преобладание этого фактора выявлено у 58 % девочек и у 51 % мальчиков.

Кроме анкетирования школьникам было предложено дать развернутый ответ на четыре вопроса: Встречали ли Вы в жизни психически больных? Если да, то сколько? Чем они болели? Кого Вы считаете психически больными?

248 (45,6 %) школьников указали, что встречали в жизни психически больных. Из них одного больного видели 78 человек (31 %), двух-трёх – 82 чел. (33 %), более трёх – 28 чел. (11 %), много больных – 6 чел. (2,4 %); 54 человека (21,6 %) оставили вопрос без ответа. Наиболее часто школьники встречали больных с шизофренией и умственной отсталостью (по 21 %).

На вопрос "Кого Вы считаете психически больным?" ответили 427 школьников. Мы классифицировали определения, данные школьниками, на пять групп.

Первая группа – **"Позитивное представление о психически больных"** (1,4 % ответов) – включает доброжелательные ответы, в которых отмечены возможные преимущества психически больных: "я считаю, что психически больной человек видит и замечает такие детали, на которые обычные люди даже не обращают внимания"; "такой человек мыслит глубже, да и вообще как-то по-другому"; "это необычные люди, у них свой мир

и свое представление"; "Они мало чем отличаются от обычных людей".

В ответах второй группы – **"Негативное представление о психически больных"** (56,4%) – преобладали отрицательные характеристики психически больных, включающие в себя представления об их поведении и проблемы с социализацией. Преобладали такие характеристики: "неуравновешенный", "неадекватный", "агрессивный", "отдаленный от мира", "способный на преступление", "способный на самоубийство", "не понимающий своих поступков", "опасный для окружающих".

В третью группу – **"Нейтральное представление о психически больных"** (7,5 %) – включены ответы, в которых школьники не отмечали личностные качества психически больных, а в объеме своих представлений об этиологии и патогенезе ПР старались более-менее научное определение: "это больные с врожденными или приобретенными расстройствами психической деятельности"; "у них нарушается правильное восприятие и осознание окружающих их явлений и изменяется их поведение"; "люди не способные к прямому мышлению, у них затрудненное развитие"; "люди, получившие в жизни травму, вследствие которой нарушилось душевное равновесие человека", а также "генные заболевания".

В четвертой группе (21,5 %) школьники в ответе повторили заданный вопрос ("людей с ПР").

В пятую группу (13,2 %) вошли школьники, которые не поняли смысла вопроса и в ответе писали "никого" или перечисляли одноклассников, учителей.

Из вышеизложенного понятно, что у школьников преобладает негативное отношение к психически больным в основном из-за наличия стереотипов об агрессивности, опасности и непредсказуемости этих людей, столь распространенных в обществе [1].

Особый интерес вызвали определения психически больного, данные школьниками, которые указали, что видели больных шизофренией. В формулировках этих школьников присутствуют такие слова, как "явные отклонения в психике, крайне неадекватные, очень странные", "которые не могут себя контролировать, слышат голоса", "неадекватная манера общения", "чрез-

мерно агрессивные, опасные для общества", "непристойное, неадекватное, антисоциальное поведение", "при разговоре с ними ощущается неловкость". Сказанное подтверждает, что шизофрения в представлении общества – это прежде всего непонятная болезнь, вызывающая дискомфорт при общении с больным. Определения школьников подтвердили то, что основным стереотипом относительно больных шизофренией является непредсказуемость поведения больного, на фоне чего развиваются представления об их опасности и неуправляемости.

Проведенное исследование подтвердило у школьников те же самые стереотипы о психически больных, что и у взрослого населения Чувашии [1], студентов [2] и медсестер [3]. Самый распространенным признаком ПР является агрессия, а ПР – шизофрения. Однако в отличие от цитируемых работ нам не удалось подтвердить выявленные в ней закономерности в зависимости от пола и места жительства респондентов. Выявлено более терпимое отношение к больным у школьников, знакомых с такими людьми [8-11].

Таким образом, для школьников характерно предубежденное отношение к психически больным, которое выражается в значительной социальной дистанции по отношению к ним и приписывании им таких качеств, как агрессивность, непонятность, опасность и непредсказуемость. Неприятие психически больных обусловлено восприятием больных как "агрессивных", "способных на преступление". Наиболее весомым в стигматизации психически больных среди школьников являлся негативный психологический фактор – "дискомфорт", который содержит утверждения о возможных трудностях восприятия психически больного как полноценного члена общества. Психически больной человек оценивается как "слабый", "неспособный самостоятельно принимать решения".

Стигматизация психически больных уменьшается от 9 к 11 классу. Уровень школы, пол и место жительства не влияли на стигматизацию. Эти показатели оказались практически одинаковыми в группах как тех, кто видел психически больных, так и тех, кто не встречал их.

Литература

1. *Голенков А.В.* Общественные предубеждения к психиатрии в Чувашии // Психич. здоровье. 2010. № 4. С. 42-46.
2. *Голенков А.В.* Априорные представления студентов о сущности, этиологии и лечении психических расстройств // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 3. С. 93-97.
3. *Голенков А.В., Аверин А.В., Чуцакова Н.А.* Толерантность медицинских сестер к психически больным // Сестринское дело. 2008. № 3. С. 27-29.
4. *Голенков А.В., Никитина Е.В.* Самостигматизация и дискриминация больных эпилепсией // Психич. здоровье. 2011. № 2. С. 30-35.
5. *Голенков А.В., Ронжин А.А.* Самостигматизация и дискриминация психически больных // Медицинская сестра. 2009. № 4. С. 7-10.
6. *Михайлова И.И.* Стигматизация в психиатрии // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 127-133.
7. *Самостигматизация при основных психических заболеваниях: метод. рекомендации* // сост.: В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова. М., 2009. 18 с.
8. *Gulliver A., Griffiths K.M., Christensen H.* Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review // BMC Psychiatry. 2010. Dec. 30; 10:113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
9. *Loureiro L.M., Jorm A.F., Mendes A.C. et al.* Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth // BMC Psychiatry. 2013. May 7. Vol. 13, N 1: 129.
10. *Rickwood D.J., Deane F.P., Wilson C.J.* When and how do young people seek professional help for mental health problems? // Med. J. Aust. 2007. Oct. 1. Vol. 187, N 7. Suppl. S. 35-39.
11. *Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M.* Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure // Psychiatry Res. 2003. Nov. 1. Vol. 121, N 1. P. 31-49.

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ОТНОШЕНИЙ ДОШКОЛЬНИКОВ В СЕМЬЕ

С.В. Велиева

*Чувашский государственный педагогический университет
имени И.Я. Яковлева, Чебоксары*

В современной психологии рассматриваются различные факторы, оказывающие влияние на формирование личности ребенка и его взаимоотношения с окружающими. Понимание закономерностей развития невозможно без анализа взаимодействия личности в контексте семейной системы, той социально-культурной среды, в которой ребенок оказывается с самого рождения. Система отношений ребенка с близкими взрослыми, особенности общения, способы и формы совместной деятельности составляют важнейший компонент уникальной социальной ситуации развития ребенка, определяют зону его актуального и ближайшего развития.

Именно в семье ребенок получает первый эмоциональный опыт, овладевает разнообразными формами деятельности и общения, моделями нормативного поведения, обретает систему моральных и нравственных норм и ценностей. Включение и вовлечение в семейную общность формирует самоидентичность, образ "Я", самоотношение, личные стандарты и уровень притязаний, нравственные ценности ребенка.

Особое место и значение в этом процессе имеет характер детско-родительских отношений, которые являются первым специфическим образцом межличностных и социальных отношений. В дошкольном возрасте ребенок учится устанавливать взаимоотношения с окружающими, усваивает навыки нравственного поведения. Родители, их образ действия в социальном окружении, в семье, являются образцом поведения для ребенка.

Дошкольники находятся под воздействием той среды, в которой постоянно проживают, так как имеют особую искренность чувств, доверие, "эмоциональное созвучие" со взрослым и усваивают информацию, оценочные суждения, нравственные

ценности и отношения взрослого к реальности, социальному миру, окружающим людям, самому себе. Под влиянием комплиментарных отношений с близкими взрослыми (родителями, лицами, их заменяющими) чужая точка зрения усваивается произвольно и воспринимается как собственная. Повышенная чувствительность, чрезмерная эмоциональность, недостаточная саморегуляция, повышенная внушаемость детей, неосознанное подражание способствуют постоянному впитыванию, некритичному присвоению и обогащению общечеловеческого эмоционального минимума, оказывая существенное влияние на все последующее развитие ребенка.

Психические состояния, реплики, поведение взрослых часто служат ребенку и источником понимания какой-либо ситуации, определяя характер реакции на нее. Характер и качество модели семейных и детско-родительских отношений определяет психосоматический [7], психологический, духовно-нравственный статус ребенка. Родительское отношение (особенно материнское) насыщает субъективный опыт ребенка, закрепляя одни переживания, ослабляя другие и образуя фундаментальный, базисный слой эмоциональной сферы. От того, каким будет эмоциональный фонд, зависит в дальнейшем характер мироощущения (оптимистичного или пессимистичного) ребенка, вектор его мышления, мировоззрения и пр. Обогащаясь и насыщаясь, психические состояния ребенка начинают опосредовать его связи с окружающим миром, задавая характер отношения к миру в целом. Возможность реализации потребности в любви и принадлежности формирует стиль жизни человека, развивает чувство общности в семье, неадекватность реализации которого создает препятствия для личностного роста, провоцирует развитие неврозов у ребенка.

Для успешного психического (интеллектуального, личностного), нравственного, физического развития ребенок должен расти в атмосфере доброжелательности, взаимопомощи, уважения, доверия близких ему родственников, не только в отношении него, но и в отношении друг друга. Ради благополучия ребенка родители должны проявлять компромиссное поведение, умение договариваться, создавать благоприятные условия для его воспитания.

Неблагоприятная семейная обстановка, отсутствие согласованности между родителями, развод, конфликтные отношения между близкими родственниками наносят ребенку психотравмирующее воздействие, негативным образом влияют на его поведение, психическое состояние, нравственное развитие. Это может проявиться в трудностях адаптации к детскому саду, а в дальнейшем – к школе, в сложности установления контактов с окружающими, неуверенности в себе, низкой самооценке, в появлении замкнутости, скованности, негативизме, что отрицательным образом будет влиять на его поведение, на возможность реализовать себя как личность в дальнейшей жизни. По мере взросления эти негативные черты личности будут развиваться, и все больше оказывать на ребенка неблагоприятное воздействие.

В дальнейшем у ребенка могут возникнуть временные эмоциональные расстройства (страхи, депрессия), парциальные задержки или неравномерности развития, психосоматическая патология, агрессия, усилятся нарушения поведения, невербальной коммуникации, игровой и познавательной деятельности. Чтобы сгладить, купировать влияние неэффективных детско-родительских взаимоотношений, необходимо знать их специфику, степень согласованности (рассогласованности) в этих отношениях, факторы возникновения и пр.

На современном этапе разработано множество диагностических методик изучения детско-родительских отношений, которые часто объединяют в две группы: традиционные методы социально-психологической диагностики и специфические методы изучения семьи.

К методам социально-психологической диагностики семьи относят наблюдение, эксперимент, социологические методы (опросные методы, анкетирование), тестирование, социометрические методы, проективные методы, методы поперечных и продольных срезов, количественно-качественный анализ документов и пр.

К специфическим методам изучения семьи относят биографический метод, метод составления родословной, метод составления генограмм (А.В. Черников), метод анализа ранних детских воспоминаний (А. Адлер), метод исследования жизненного

сценария (М. Джеймс, Д. Джонгвард), системный семейный тест (FAST) Томаса Геринга и др.

Подробное диагностическое обследование включает в себя изучение содержания и особенностей семейного воспитания, типы воспитания, нарушения воспитательного процесса в семье, причины отклонений в семейном воспитании, уровень родительской компетентности, их установки и реакции, отношение родителей к ребенку и жизни в семье и т.п. Эти и другие данные можно получить с помощью следующих групп методик исследования межличностных отношений между родителем и ребенком:

- **для детей (подростков):** интервью с ребенком А.И. Захарова; "Мой круг общения" Т.Ю. Анрущенко; Шкала привязанности ребенка к членам своей семьи; оценочно-самооценочная методика для подростков; "Эмоциональные отношения в семье" Е. Антони и Е. Бине и ее модификация – игра "Почта" А.Г. Лидерса и И.В. Анисимовой; опросник "Подростки о родителях" (ADOR) Shafer в адаптации Л.И. Вассермана [4], И.А. Горьковой, Е.Е. Ромициной; "Родителей оценивают дети" И.А. Фурманова и А.А. Аладьина; методика "Детско-родительские отношения подростков" П.В. Трояновской; методика диагностики субъективной оценки межличностных отношений ребенка Н. Семаго (СОМОР); методика "Детско-родительские отношения подростков" (ДРОП) П. Трояновской; аутосоциометрическая методика К.Е. Данилина; детский тест "Эмоциональные отношения в семье" Е. Бене-Антони; модификация теста Бене-Антони (И.М. Макаровской); социометрическая проба "День рождения" (методика М. Панфиловой);
- **для родителей:** шкала степени отверженности ребенка в семье А. Баркан, шкала родительской озабоченности (ШРО), анамнестический вопросник, методика измерения родительских установок и реакций (PARI) (Е. Шефер, Р. Белл в адаптации Т.Н. Нещерет); методика "Представления об идеальном родителе" Р.В. Овчаровой; опросник родительского отношения (РО) (А.Я. Варга, В.В. Столин); опросник для исследования эмоциональной стороны детско-родительского взаимодействия (А.И. Захаров); опросник "Анализ семейных

взаимоотношений" (АСВ) (В.В. Юстицкис, Э.Г. Эйдемиллер [13]); опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой; опросник "Структура родительского отношения" Е.О. Смирновой и М.В. Быковой; опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми И. М. Марковской [6];

- для диады "родитель-ребенок": методика "Архитектор-строитель"; "Совместный Роршах"; "Взаимодействие родителя с ребенком" (варианты для взрослых и детей) [6]; семейная социограмма; "стереоскопическая" методика (самооценка ребенка и оценка его родителем); методика "Диагностика содержания общения детей с близкими взрослыми" (Т.Ю. Андрущенко, Г.М. Шашлова); опросник РОД – "зеркало" для АСВ;
- для семьи в трудных жизненных ситуациях: опросник взаимодействия матери и отца в воспитании детей (опросник Е.П. Арнаутовой); опросники В.Б. Тарабаевой "Конфликты родителей и подростка", "Семья глазами психосоматического ребенка"; "Активизирующий опросник личностной семейной сферы" А.Е. Рябова; методика "Семья в пространстве стрессогенных жизненных событий по оценкам подростков" О.А. Идобаевой – Подольского; опросник "Список неприятных событий" П.М. Левинсона, "Тест семейных ресурсов" (А.В. Махнач, Ю.В. Постылякова); анкета наблюдения за семейным стрессом; "Семейно-обусловленное состояние"; "Типовое семейное состояние"; "Анализ семейной тревоги" (АСТ) (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис), "ОСОР-В" и "ОСОР-Д" Т.Ю. Андрущенко и Г.М. Шашловой; тест Д.Х. Олсона (FASES-3) "Диагностика семейной адаптации и сплоченности" в адаптации Н.Ф. Михайловой, М.Ю. Городновой и С.Б. Ваисова и др.

Выбор методов изучения семьи определяется целью, которую ставит перед собой исследователь, специфическими особенностями семейной системы. Однако при работе с опросниками родители зачастую приукрашивают истинные взаимоотношения с детьми, искажения отмечаются и в результате "подготовки" ребенка со стороны родителей к обследованию [1].

Использование проективных методов в этом случае позволяет в некоторой степени устранить подобные факты, выявить мало осознаваемые психологические феномены, те аспекты личности, которые обычно скрыты для наблюдателя, личностные качества, отношения к себе, другим и миру в целом, способы разрешения конфликтов, совладания с трудными жизненными ситуациями, стереотипы семейного взаимодействия. Члены семьи почти не испытывают на себе стороннего давления, при этом индивидуальные особенности личности получают вполне реальное адекватное выражение. Отсутствие предписаний соблюдать какие-то определенные правила позволяет получить большое разнообразие возможных поведенческих реакций, способов поведения в социуме и в семье [12].

В изучении семьи большое место отводится следующим проективным методикам:

1. Методики структурирования (конститутивные), где испытуемый придает определенный смысл материалу, наделяет его каким-либо содержанием. К этой группе методик относят: "Чернильные пятна Роршаха", "Совместный тест Роршаха" (В. Бланшир, 1959; Л. Винн, М. Сингер, 1963; Ф. Каттер, 1968; Е.Т. Соколова, 1985), "Туатофон"; "Трехмерный апперцептивный тест".
2. Методики конструирования (конструктивные), рассчитанные на создание целого из отдельных частей и разрозненных фрагментов. К этой группе методик относят: "Тест мира", "Тест мозаики", семейный рисунок, методику "Архитектор-строитель", "Совместное складывание куба Линка", пробу на совместную деятельность (О.А. Карабанова, Е.И. Захарова), "Альбом моей жизни" Т.Ю. Андрущенко, системный тест Т. Геринга (FAST), методику "Семейная доска" К. Людевига и др.
3. Методики интерпретации (интерпретативные) событий, ситуаций, изображений. К этой группе методик относят: "Тематический апперцептивный тест", "Детский апперцептивный тест" Л. Беллак, "Сказки" Дюсса Десперт, "Методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга", "Фильм-Тест" Рене Жилия, "Грустная мама" (модификация методики

- Г.Т. Хоментausкаса), Методика "Два дома" И. Вандвика, П. Экблада и др.
4. Методики интерпретации (аддитивные), строящиеся на завершении фразы или истории. В эту группу методик включают: "Инсайт-тест Е. Саржента", "Ассоциативный тест К.Г. Юнга", различные варианты методики "Неоконченные предложения" Дж.М. Сакса, С. Леви, родительское сочинение "История жизни моего ребенка", мини-сочинения родителей "Мой ребенок", "Родительское сочинение" В.В. Столина в адаптации А.И. Ташевой, А.А. Шведовской и др.
 5. Методики катарсиса, обеспечивающие самовыражение в условиях эмоционально-творческого напряжения. Здесь целесообразно использовать психодраму, "Тест кукол", технику фигурной скульптуры Хела, технику "Семейная скульптура" Д. Квэбэк.
 6. Графические методики (экспрессивные), построенные на самостоятельном изображении предметов, людей, животных и др. К этой группе методик относят: "Рисунок семьи" и ее различные модификации, например "Кинетический рисунок семьи", "Семья животных", "Заколдованная семья", "Ссорящаяся семья животных", "Нарисуй свою семью" (Р.С. Бернс, Х.С. Кауфман, 1970; В. Вульф, Г.С. Хоментausкас, 1985, и др.), "Тест окрашивания пальцем", "Я и мир вокруг", "День рождение" М.А. Панфиловой, "Человек под дождем", "Три дерева", "Планета папы (мамы, ребенка)".
 7. Рефрактивные методики, в которых личностные особенности, скрытые мотивы диагностируются по тем произвольным изменениям, которые вносятся в общепринятые средства коммуникации, например "Мое письмо супруге" (С.А. Белоусов, 1998), авторская сказка (К.Г. Юнг, К.П. Эстес, Дж. Калшед), "Модель личностной сферы" (Р. Шмидек) и др.
 8. Методики импрессии, основанные на выборе, предпочтении одних стимулов другим: "Тест цветовых предпочтений Люшера", "Цветовой тест отношений" (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд) [14], Проективный тест "Домики" (О.А. Орехова), "Цветовые метафоры" (И.Л. Соломин).

Последняя категория проективных методик представляется нам наиболее эффективной. Выбор цвета обеспечивает возможность отключения "внутренней цензуры", в цвете отражается скрытая (сознательная или бессознательная) установка человека на восприятие окружающей действительности, его отношение к самому себе, что является ключом к пониманию образа мира человека. Непрямой способ обращения к личностным особенностям испытуемых препятствует действию психологических защитных механизмов вербальной системы сознания, способных исказить картину внутреннего мира.

Значения основных цветов были канонизированы множеством культур как неосознаваемые характеристики сексуальных, гендерных (психических феминно-маскулинных), индивидуально-типологических качеств личности. В.М. Бехтерев, Г.Е. Бреслав [3], Келлог, Потто, Сетчи, Жуар, Р. Штейнер предлагали использовать цвет в лечебных целях [2].

Благодаря исследованиям археологов, историков, этнографов, психологов разработана цветовая классификация (А. Leib, 1946; L. Grialo, 1950; В. Тэрнер, 1983; Заан, 1996), изучены символические функции цвета (Тернер, 1983), его связи с абстрактными понятиями и целыми сегментами реальности (Birren, 1961; Тернер, 1983; Заан, 1996; Серов, 1990; Бенц, 1996; Миронова, 1993, и др.), использование экспрессивных, импрессионных и символических свойств цвета в изобразительном искусстве (Itten, 1970; D'Herbois, 1979; Кандинский, 1990).

В работах, направленных на исследование семантического поля цветовых предпочтений (Ч.Е. Осгуд, Л. Сивик, О.В. Сафуанова), изучался вербальный аспект цветовых ассоциаций и транскультуральные особенности цветовосприятия. Опубликованы исследования ученых (Н.В. Агазаде, А. Аминев, Е.Ф. Бажин, Г.Е. Бреслав [3]; Е.Ф. Бажин, О.В. Сафуанова, Н.В. Серов [10]; Л. Сивик, А.М. Эткинд [14]; А.И. Юрьев, П.В. Яньшин [15], и др.), отражающие авторские взгляды на цветовосприятие.

Так, П.В. Яньшин показал, что цвета взаимодействуют не только со зрением, но и со всем организмом, целостным человеком, имеют совершенно особенные отношения с человеческой душевной организацией. Л.Н. Собчик [11] понимает цветовое

виденье как процесс восприятия каждого конкретного цвета через призму опосредующего субъективного опыта и через неосознаваемые, чисто физиологические реакции дизэнцефальной области, которая является дирижером в сложном оркестре автономных систем организма и имеет индивидуальные различия в зависимости от генетически заложенных особенностей индивида (темперамента человека).

Через эмоциональное отражение действительности можно выявить семантику неосознаваемого воздействия цвета, которое, по мнению К.Г. Юнга, заключено в неосознаваемых представлениях коллективного бессознательного (непосредственно влияющего на глубину восприятия мира в цвете), канонизированного в традиционных культурах. Свойство глаза воспринимать одинаковыми метамерные цвета (цвета, имеющие в действительности различный спектральный состав) соотносится со свойством бессознательного (связанное со стадией цветоощущения) и подсознательного (отвечающего за процесс собственно цветовосприятия). Похоже, что в коллективном бессознательном закрепляются связи между архетипами и конкретным цветом.

Н.В. Серов [10] подчеркивает, что компоненты интеллекта имеют четкие критерии подразделения и интерпретации образа и его цветоощущения, имеющие значимость лишь в том случае, если входят в систему образов, образующих в подсознании модель мира.

Автор указывает на подсознательное формирование и образов и модели мира, поскольку и зрительные и более сложные (к примеру, сновидные) образы организуются на неосознаваемом уровне функционирования интеллекта. В.А. Сухомлинский установил, что содержание, характер, направленность мышления глубоко отражаются на эмоциональном состоянии, которое имеет огромную возвратную силу влияния на всю интеллектуальную жизнь. В.Н. Аванесова, Н.М. Аксарина, М.Я. Карпинская, Л.П. Павлова, Н.М. Щелованов и др. отмечают уже в раннем возрасте у детей проявление специфических эмоциональных состояний, возникающих благодаря ритмическому сочетанию звуков, интонаций, цветов, обуславливающих формирование социально-эмоциональных образов.

Язык неосознаваемых действий в онто- и филогенезе предшествует словесному языку, т.е. служит базой для усвоения последнего. Это особенно актуально для детей дошкольного возраста, поскольку ребенок не владеет достаточным активным словарем для выражения своего внутреннего мира. Применение цветовых проективных методов при исследовании психических состояний дошкольников удобно, так как понятно, что им адекватно и полно описать свое состояние не представляется возможным, особенно детям младшего возраста, а также робким, стеснительным, замкнутым. Однако и в более старшем возрасте ограниченность вербализации остается и взаимосвязана с тем, что "лингвистический" язык далеко не все и далеко не всегда адекватно отображает окружающий и внутренний мир человека. Между тем с самого раннего детства ребенок активно воспринимает мир света и цвета. А. Новохватский и О. Уварова [8] установили, что уже к трем месяцам ребенок реагирует на красный цвет, к шести месяцам – на желтый, затем на зеленый и позже всех – на синий. Возникновение цветоощущения у девочек и мальчиков происходит в разные сроки, но можно говорить о становлении верхнего порога ощущений у тех и других к 2,5 годам. С этого же возраста и возможно применение цветовых тестов. Об этом же свидетельствуют исследования Л.С. Вангера (1978), А.Л. Венгера, Д.Б. Эльконина (1988). Известно, что цветовые ощущения тесно связаны с эмоциональной жизнью личности, об этом писали: К. Ауэр, М. Дерибере, И.В. Гете, Т.Г. Любимова, Е.Н. Рерих, Г. Фрилинг и многие другие. Воздействие цвета может вызывать у человека как физиологический, так и психологический эффект. При этом отмечается индивидуальная реакция человека на тот или иной цвет, что и берется за основу тестирования.

Совокупность многочисленных экспериментальных данных свидетельствует о возможности применения цветовых стимулов для исследования эмоциональных компонентов отношений личности (как в норме, так и при нервно-психических заболеваниях), устойчивых (базисных) индивидуально-личностных свойств, актуального психического состояния, обусловленного конкретной ситуацией.

Основой разработки тестов для оценки психических состояний являются положения системно-структурного подхода. Центральное место в психологической диагностике, строящейся на таком фундаменте, занимает не оценка отдельных симптомов или укрупненных симптомокомплексов, соответствующих внешним проявлениям состояния, а характеристика источников, особенностей формирования и способов осуществления определенной системной реакции. Диагностические методики, основанные на использовании цвета, позволяют выявить необходимые структурные компоненты психического состояния, поскольку анализируются физиологические и психологические его показатели, оказываются доступными неосознаваемые проявления, отражающиеся в вегетативных реакциях, субъективные переживания, психологические защиты, фон настроения, общая психическая активность, побудительная сила мотивационной сферы, напряженность потребностей и пр.

Арсенал методических средств, применяемых для оценки психических состояний, весьма разнообразен [9] и их номенклатура постоянно расширяется.

Преимущество цветовых тестов перед многими другими заключается и в том, что они лишены культурно-этнических основ и не провоцируют (в отличие от большинства других, особенно вербальных тестов) реакций защитного характера. Использование невербальных процедур позволяет цветовому тесту выявить не только осознаваемые, но и неосознанные реакции, состояния, индивидуально-типологические особенности, бессознательный уровень системы отношений, что позволяет считать метод глубинным, проективным. С их помощью возможна ретроспективная диагностика психических состояний, отношений на основе цвето-ассоциативного эксперимента.

Это открывает широкие возможности для применения подобных методов при решении задач экспресс-диагностики в условиях индивидуальных и массовых психологических, педагогических обследований лиц любого возраста. Кроме того, цветовая диагностика лучше всякого другого экспериментального метода подходит для работы с детьми дошкольного возраста, поскольку позволяет учитывать возрастные особенности детской психики, носит игровой и занимательный характер.

Многоразовое применение цветовых тестов может дать представление о динамике реакций, состояний, системы отношений человека, изменения его Я-образа, механизмов психологической защиты, что может в ряде случаев дать ценную информацию о внутренних конфликтах человека, характерных для него способах защиты и т.д.

Тесная связь цветовой сенсорики с эмоциональной жизнью личности неоднократно подтверждалась во многих экспериментально-психологических исследованиях и используется в ряде психодиагностических методов (тесты Роршаха, Фрилинга, методика Шварц-Дорофеевой) и в работах последователей М. Люшера – Л. Буш, У. Гро, Г. Клар, И. Скотт, К. Флиннхауз и др.

Как показал опыт и многочисленные исследования, ассоциативные реакции на цвет весьма чувствительны к изменению его сенсорных характеристик. Поэтому возникает безусловная необходимость пользоваться во всех проводимых методиках строго стандартизированным набором цветов: синий 13.2 – 2/6, зеленый 10.0 – 8/2, красный 3.5 – 2/2, желтый 4.9 – 4/2, фиолетовый 1.0 – 8/2, коричневый 19.0 – 2/2, черный 0.0 – 2/0, серый 0.0 – 12/2.

Одним из первых применил цвет в психодиагностических целях Макс Люшер, врач и социолог, доцент кафедры психотерапии швейцарского антропологического института в Базеле. Он разработал оригинальный восьмицветовой тест на основе социально-исторической символики цветов, элементов психоаналитического и психосоматического подхода. В дальнейшем Л.Н. Собчик [11] апробировала и адаптировала данные восьмицветового теста Люшера, изучая индивидуально-личностные свойства человека как в норме (в разные периоды его жизни, в приложении к его полученному образованию и профессиональной деятельности, в процессе адаптации к разным жизненным условиям), так и при психической дезадаптации. Опыт изучения восьмицветового теста Люшера в отечественных условиях не только подтвердил его эффективность, но и позволил применить в контексте изучения эмоциональных компонентов отношений человека к значимым для него окружающим у больных с разными клиническими формами неврозов (А.М. Эткинд), показателя

вегетативного тонуса (Е.А. Калинина, В.Ф. Сопов, К. Шипош), эмоциональных состояний и психологического климата у детей и подростков (А.Н. Лутошкин), психических состояний у младших школьников (Г.Н. Генинг) и дошкольников (С.В. Велиева), у детей, имеющих особые возможности здоровья (Н.В. Микляева, Ю.В. Микляева). Изучение возможностей использования цветowych методик значительно расширяет рамки их применения, позволяет приблизить методики к нуждам и интересам практикующего психолога.

С целью выявления возрастных особенностей соотношения цвета и психического состояния, невербальных компонентов отношений к значимым людям и к самому себе проводилось специальное исследование, в котором приняло участие 514 детей дошкольного возраста шести детских садов г. Чебоксары. Из них дети 6-7 лет – 220 чел., 5-6 лет – 160, 4-5 лет – 64 и 3-4 лет – 70 детей.

Как было установлено, цветоэмоциональные ассоциации разных испытуемых в рамках одного возраста являются в достаточной степени согласованными друг с другом, хотя обнаружены и различия в возрастном диапазоне. Обобщение результатов позволило нам сконструировать методику "Цветик-восьмицветик", предлагаемую ниже.

Методика "Цветик-восьмицветик" основана на естественной способности ребенка соотносить эмоциональные обертоны восприятия с образцами восьмицветового теста М. Люшера, и является логическим продолжением идеи, заложенной А. Эткингом в его цветовом тесте отношений (1987).

С помощью указанной методики возможно выявить отношение ребенка к членам семьи, восприятие ребенком их отношения. Материалом служат разноцветные лепестки красного, желтого, зеленого, голубого, фиолетового, коричневого, серого, черного цветов, сердцевина цветка – белого цвета.

Установлено, что дошкольники еще слабо связывают цвета с эмоционально-личностными характеристиками. В связи с этим требуется предварительное установление индивидуальных предпочтений цвета. Для этого на белом фоне при равномерном, достаточно ярком (лучше дневном) освещении раскладываются

лепестки разных цветов в случайном порядке на расстоянии между ними не менее 2 см.

Ребенку предлагается выбрать из цветных лепестков, разложенных перед ним, самый красивый цвет в сравнении с другими в данный момент. Выбранный эталон убирается со стола или переворачивается лицом вниз. Полученный ряд записывается в виде цифр, а именно: голубой – 1, зеленый – 2, красный – 3, желтый – 4, фиолетовый – 5, коричневый – 6, черный – 7, серый – 0. Полученный ряд отражает индивидуальное предпочтение цветовой гаммы. Норма Вальнефера-Люшера, подтвержденная в работе Ю.М. Филимоненко, А.И. Юрьева и В.М. Нестерова (1982), отражающая позицию каждого цвета в ранжировке, имеет следующий вид: **34251607**. Данный нормативный ряд сравнивается с индивидуальной раскладкой цветов. Соотнесение выбранного цвета для каждого члена семьи, в том числе и для себя (самовыбор), отражает характер отношения ребенка к себе и близким.

Далее психолог из беседы с ребенком составляет список лиц, представляющих его непосредственное окружение. Это могут быть: мать, отец, брат (сестра), бабушка, дедушка, другие лица, с которыми живет или общается ребенок. Желательно предварительно установить реальный круг лиц, с которыми ребенок проживает.

Затем ребенку предлагается следующая инструкция: "Выбери самый красивый лепесток, который больше всего нравится тебе; выбери лепесток, цвет которого, ты чувствуешь, похож на маму (папу, брата, дедушку, бабушку и т.д.)". Необходимо следить, чтобы ребенок отбирал цвет лепестка не по цвету глаз, одежды, автомобиля человека, о котором идет речь, а по своему отношению к нему.

В ходе обследования фиксируется цвет лепестка, кому он адресован, эмоциональные реакции, спонтанные комментарии ребенка. При анализе важно обратить внимание:

1. на цвет, выбираемый для конкретного члена семьи (см. табл. 1);
2. последовательность подбора лепестков для каждого из членов семьи (последовательность выбора может указывать на значимость роли людей в семье – ребенок выбирает лепест-

ки от более эмоционально привлекательного, значимого человека к менее значимому);

Таблица 1

Связь цвета с эмоционально-личностными характеристиками членов семьи

Цвет	Характеристика отношений к членам семьи
Синий 1	"Рядом, но не всегда вместе" Нежелание конфликта с этим человеком, привязанность, умиротворенность. Совместные игры, интересы, образец этических и моральных характеристик
Зеленый 2	"Надежда и опора" Ощущение удовлетворенности, спокойствия, защиты, опоры; склонность к размышлениям, постоянству
Красный 3	"Активное взаимодействие" Веселый человек, экстраверт, склонный к активным действиям. Некоторая неровность, нестабильность в отношениях с ребенком, оценке его деятельности
Желтый 4	"Близко, рядом, вместе" Значимый близкий человек, удовлетворяющий потребность в ласке, нежности, любви, признании. Признание его авторитета. Эмоциональная зависимость, чувствительность
Фиолетовый 5	Состояние, близкое к игнорированию данного лица Безучастный член семьи, не обладающий авторитетом, эгоистичен и не всегда искренен
Коричневый 6	Отстраненный член семьи Злой, требовательный, несправедливый, подавляющий самостоятельность ребенка, использующий наказания
Черный 7	Агрессивный Возможны физические наказания, угрозы с его стороны, оскорбления. Устойчивый конфликт между ребенком и данным лицом отвергается ребенком
Серый 0	Угнетает активность ребенка Эмоциональная сдержанность, отгороженность, непонимание. Самолюбив, критичен, придирчив к ребенку, регламентирует его деятельность и поведение

3. различия между комментариями, переживаниями и выбором цвета могут свидетельствовать об амбивалентном отноше-

нии, не исключается и предварительная подготовка ребенка заинтересованным родителем;

4. пространственное расположение лепестков для каждого члена семьи по отношению к лепестку, выбранного ребенком для себя (как правило, лепестки, обозначающие значимых близких взрослых, ребенок кладет около лепестка, который был выбран для него самого);
5. период латентности более 15 секунд (чем больше время на обдумывание, тем более вероятно конфликтное отношение, внешнее проявление внутреннего диссонанса мотивов);
6. искажение состава семьи (указывает на неудовлетворенность существующей ситуацией; ожидание и потребность изменений):
 - пропуск выбора лепестка для конкретного члена семьи (выражает игнорирование, стремление эмоционально уменьшить значение и место члена семьи, избавиться от него). Обычно дети мотивируют отсутствие выбора так: "забыл", "не хватило времени", "нет подходящего цвета", "он пошел погулять", "не хочу ему отдавать лепесток", "я потом ему выберу" и пр.;
 - ребенок вводит в состав семьи кого-то еще, кого нет в реальности – братика, сестренку (потребность в дружбе, совместной деятельности), маму, папу (потребность в любви, заботе, в безопасности) и пр.

Целесообразно подвергать анализу ранг цветового обозначения для каждого члена семьи и ребенка в индивидуальной раскладке. Нормой для дошкольников считается, если ранг цветового самообозначения в раскладке находится в пределах № 1-2. Если в цветовой раскладке цвет самообозначения находится перед цветами, с которыми ассоциируются родители, то можно говорить о высокой самооценке, самоуважении, ощущении принятия родителями, если сразу после самовыбора – включает их в число значимых лиц, выявляет к ним привязанность, близость, симпатию (при условии выбора цвета для них № 1-4).

Расположение в цветовой раскладке после самообозначения (и чем дальше, тем более выраженнее) – о зависимости самооценки от оценки родителей, неадекватной самооценке, об от-

рицательном отношении к себе, неуверенности в собственных силах, сомнениях в любви родителей.

Если же цветочное самообозначение располагается между цветочными выборами для родителей, то отношения амбивалентны, конфликты могут быть не только с ребенком, но и между родителями.

Для проведения более полного качественного анализа можно обратиться к табл. 2.

Таблица 2

Характеристика семейных взаимоотношений
по особенностям выбора лепестка

Характеристика	Особенности выбора лепестка
Значимые близкие – высокий уровень эмоциональной привлекательности, близости, симпатии	Выбранный лепесток расположен рядом с лепестком ребенка
	Лепесток выбирается легко, самостоятельно, в числе первых
	В цветочной раскладке находится перед цветком самообозначения
	Обычно выбираются цвета № 1-4
	Ассоциируется с предпочитаемым цветом
Сильная взаимосвязь. Аутоидентификация	Совпадение цветочного самообозначения и цветочного выбора для кого-либо
Отвергаемое ребенком лицо	Лепесток выбирается неохотно, либо ребенок "забывает" сделать выбор
	Размещает лепесток, нарушая или полностью исключая его из структуры цветка (откладывает в сторону, прячет и пр.)
	В цветочной раскладке значительно отстоит от цветка самообозначения
	Ассоциируется с отвергаемым цветом
	Комментарии могут отсутствовать либо прямо отражать негативное отношение
Конфронтация, частые конфликты	Размещает лепесток черного (серого) цвета напротив лепестка ребенка и дальше от центра (сердцевины цветка)
	Паузы более 15 секунд

Продолжение таблицы 2

Характеристика	Особенности выбора лепестка
Ребенок ощущает отверженность в семье, стремление выйти из ситуации	Не осуществляет выбор лепестка для себя самого (символическое изгнание себя), либо выбирает черный (я – плохой)
	Располагает лепестки для всех по кругу сердцевины цветка, а лепесток для себя располагает отдельно ("Я в другом цветке")
	Присутствие не связанных с семьей людей (например, друг (подруга) папы (мамы))
Амбивалентность, проблемность отношения	Вербально обозначает положительные качества человека, а выбирает для него черный или фиолетовый, серый, коричневый лепесток
	Внешне прослеживаются негативные переживания, не мотивирует выбор, но цвет выбирает № 1-5
	Выбирает цвета № 1-4, но располагает их на 5 (6, 7) позицию, после самовыбора

Приведем пример из опыта работы. За консультацией обратился папа мальчика Миши 4 лет 6 мес. У мальчика обнаруживается выраженное психосоматическое неблагополучие (дисбактериоз, дискинезия желчно-выводящих путей, хронические заболевания органов дыхания, болезни и инфекции органов чувств, аллергия), сложности адаптации к детскому саду. После развода отцу Миши и его родителям (бабушке и дедушке) запретили общаться с сыном (внуком). В настоящее время ребенок проживает в семье матери. Диагностическое обследование проводилось со всеми членами семьи (Миши, его матери и отца, бабушки (матери отца)). Здесь приведем только данные, полученные с помощью методики "Цветик-восьмицветик".

Вначале была получена индивидуальная цветовая раскладка Миши (34152760), которая свидетельствует о том, что для ребенка характерна активность, потребность во внимании, непосредственность поведения, высокая самооценка, активность в сочетании с неустойчивостью эмоционального состояния, яркость эмоциональных реакций, экзальтация чувств, оптимистичность, выраженная общительность, неуверенность в себе,

зависимость от оценки окружающих. В целом мальчик испытывает позитивное психическое состояние.

Порядок выбора цветочных лепестков: 1 (красный) – для себя, 2 (синий) – для матери, 3 (желтый) – для бабушки (со стороны матери), 4 (зеленый) – для дедушки (со стороны матери). Следует отметить, что выбор лепестка для отца № 5 (черный) был сделан только после напоминания психолога о такой необходимости. Для бабушки (со стороны отца) Миша не выбрал лепесток, ответил, пожимая плечами: "Я *своей бабушке* уже выбрал".

Порядок расположения лепестков: для себя – располагает сверху белой сердцевинки, для мамы – справа от своего, для бабушки – слева от самообозначения, для дедушки – рядом с лепестком бабушки. Миша самостоятельно взял со стола цветной карандаш и достроил "стебель для цветка". За все время осуществления выбора выявлял положительные эмоциональные реакции.

Индивидуальное предпочтение Миша отдает красному цвету (№ 3), и в цветовой раскладке он располагает его первым, что означает активность, экстраверсию, дружелюбие, общительность, энергичность, стремление к лидированию, импульсивность, достаточную уверенность ребенка в себе, самоуважение, ощущение принятия родителем. К членам семьи, с кем проживает, испытывает привязанность, близость, симпатию, считает их эмоционально привлекательными:

- маму ассоциирует с синим цветом № 1 (в отношениях – нежелание конфликта, умиротворенность, привязанность, совместные игры, интересы). Ребенок ощущает защиту и испытывает к матери эмоциональную привязанность. Мама для Миши является образцом этических и моральных характеристик (честная, справедливая, невозмутимая, добросовестная, добрая, спокойная);
- для бабушки выбирает желтый цвет № 4, считая ее разговорчивой, открытой, общительной, энергичной, напряженной, удовлетворяющей потребность в ласке, нежности, любви, признании. По отношению к ней испытывает эмоциональную близость, Миша чувствителен к ее настроению, считает ее более эмоционально привлекательной, чем мать;

- дедушке выбирает зеленый цвет № 2. Общение с ним дает ребенку ощущение удовлетворенности, спокойствия, защиты, опоры, постоянства.

Отец – отвергаемый родитель, ему приписываются разнообразные негативные характеристики (Миша ассоциирует его образ с черным цветом № 7). В индивидуальной цветовой раскладке этот цвет располагается шестым, что свидетельствует о сомнениях в его любви, амбивалентном отношении. Миша долго (более 40 с.) смотрел на лепестки, затем разместил лепесток для отца напротив лепестка самообозначения, расположив его вне полученного уже рисунка цветка, что показывает исключение родителя из структуры семьи, о его противостоянии.

Полученные данные подтверждаются результатами интервью с ребенком (методика А.И. Захарова), методики "Сказки" Дюсса Десперта, шкалы привязанности ребенка к членам своей семьи, теста "Грустная мама", "Фильм-Тест" Рене Жилия, рисунка семьи.

Итак, установлена высокая степень привязанности Миши к матери и ее родителям, он ощущает себя принятым в семье, где в данный момент проживает, окруженным домашним теплом, уходом, доброжелательностью всех членов семьи, обнаруживаются признаки адаптации к условиям проживания с матерью.

Миша имеет внутренний диссонанс мотивов, выявляет защитные реакции, негативные переживания, связанные с семейной ситуацией, негативный настрой и чувства по отношению к отцу, его отвержение и игнорирование. Бабушку (маму папы) и отца не включает в число близких значимых лиц, между ними не установлена глубокая эмоциональная связь.

Результаты методик. Нарушение привязанности и процесса адаптации, психосоматическое состояние – эти и другие факторы являются показателями того, что сложившаяся ситуация является психотравмирующей для ребенка, усугубляемая совокупностью условий воспитания (слитность, удовлетворение всех потребностей, ограждение его от каких-либо забот, усилий и трудностей), что установлено с помощью опросника родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин).

Противостояние родителей (отца, бабушки и матери, ее родителей), препятствия в свободном общении ребенка с отцом и

его родителями, вовлечение ребенка в сферу своих негативных переживаний в отношениях с его родными (матерью и отцом, бабушкой) демонстрируют ребенку свое неуважительное, презрительное отношение к самым близким родным ребенка – его отцу и бабушке. Такое поведение взрослых, с которыми проживает ребенок, негативным образом влияет на его психическое состояние, нравственное развитие, на формирование его личности. Подобная ситуация для ребенка является психотравмирующей.

Литература

1. *Аксакова Т.А.* Изучение психики ребенка в процессе изобразительной деятельности. Чебоксары, 1996.
2. *Базыма Б.А.* Цвет и психика. Харьков, 2001.
3. *Бреслав Г.Е.* Цветопсихология и цветолечение. СПб., 2000.
4. *Вассерман Л.И., Горькавая И.А., Ромицина Е.Е.* Тест "Подростки о родителях". М.; СПб.: Фолиум, 1995.
5. *Велиева С.В.* Диагностика отношений в семье с помощью цветовых стимулов // Культурологические проблемы специального образования в поликультурном регионе: сб. науч. ст. / отв. ред. Г.П. Захарова. Чебоксары, Чуваш. гос. пед. ун-т, 2011. 142 с. С. 15-25.
6. *Марковская И.М.* Опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми // Журнал практического психолога. 1998. № 3.
7. *Николаев Е.Л.* Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 4. С. 361-366.
8. *Новохватский А., Уварова О.* В каком возрасте ребенок видит радугу? // Наука и жизнь. 1990. № 1. С. 6-7.
9. *Рогов Е.И.* Настольная книга практического психолога. М.: Владос, 1998.
10. *Серов Н.В.* Светоцветовая терапия. Терапевтическое значение цвета: информация – цвет – интеллект. СПб.: Речь, 2001.
11. *Собчик Л.Н.* Метод цветовых выборов: модификация восьмицветового теста Люшера (приложение). Сер. Практикум по психодиагностике. СПб.: Речь, 2007.
12. *Соколова Е.Т.* Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я, 1986. 280 с.

13. *Эйдемиллер Э.Г.* Методы семейной диагностики и психотерапия. М.; СПб.: Фолиум, 1996.
14. *Эткинд А.М.* Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами // Соц.-психол. исслед. в психоневрологии / под ред. Е.Ф. Бажина. Л., 1980. С. 110-114.
15. *Яньшин П.В.* Психосемантический анализ категоризации цвета в структуре сознания субъекта: автореф. дис.... д-ра. психол. наук. М., 2001. 32 с.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ПСИХИАТРИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

О.В. Башмакова

Казанская государственная медицинская академия, Казань

Введение. Отношение к психиатрии и психотерапии как предметам изучения в вузе значительно влияет на формирование клинического мышления врача, которое модулирует процесс оказания медицинской помощи в целом, а также непосредственное взаимодействие с лицами, страдающими психическими расстройствами [3].

Установка к психиатрии и психотерапии определяет в дальнейшем мотивацию врачей общемедицинской сети к повышению квалификации в данных отраслях медицинских знаний, учитывая неуклонный рост психических расстройств, и влияет на выбор профессии у выпускников медицинских вузов [4-6; 9]. Последнее приобретает особое значение в настоящее время, в условиях дефицита специалистов в области психического здоровья, наблюдающегося внутри и за пределами Российской Федерации [8; 13].

По мнению G. Garyfallos et al. (1998), особенности обучения психиатрии накладывают отпечаток на отношение к ней [14]. Наиболее высокий уровень стигмы психических расстройств выявлен у выпускников медицинских вузов [15]. При выборе будущей специальности наиболее низкий рейтинг имеет психиатрия, а студенты, планирующие далее продолжить образование в данной отрасли, встречаются с некоторым непониманием родственников и сокурсников [12]. По данным R.I. Agya et al. (1992), отмечается небольшое снижение стигматизации после

стажировки в психиатрии, но через три года подобная тенденция нивелируется [11].

Однако систематизированные данные об отношении студентов к психиатрии и психотерапии в контексте содержательных и динамических оценок обучения отсутствуют.

Цель исследования – проследить биопсихосоциальные компоненты в структуре отношения студентов V курса медицинского факультета к дисциплинам "Психиатрия" и "Психотерапия".

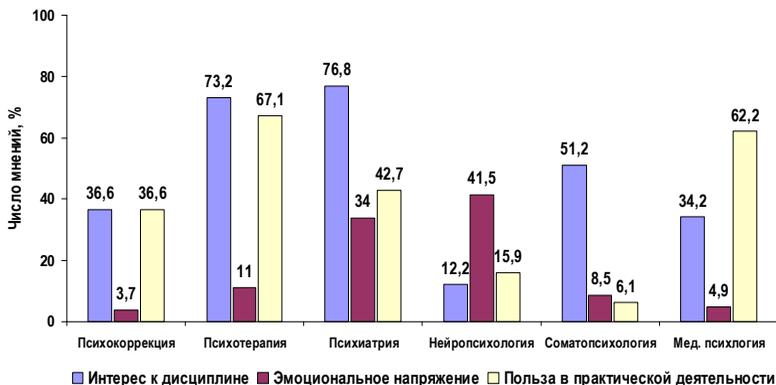
Задачи исследования: 1) изучить отношение студентов V курса медицинского факультета к дисциплинам "Психиатрия" и "Психотерапия"; 2) выявить особенности биопсихосоциального восприятия психической патологии при изучении данных дисциплин.

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование в форме полуструктурированного интервью 82 студентов V курса медицинского факультета Ульяновского государственного университета после проведения учебных курсов "Психиатрия и наркология" и "Психотерапия". Анализ проводился в сравнении с дисциплинами медико-психологического блока, освоение которых в рамках интегрированного обучения, получающего все большее распространение в настоящее время [2], предшествовало занятиям на циклах "Психиатрия и наркология" и "Психотерапия".

Результаты и обсуждение. Нами получено распределение мнений студентов V курса медицинского факультета о дисциплинах, представляющих наибольший интерес в процессе обучения, вызвавших наибольшее эмоциональное напряжение в ходе изучения и наиболее полезных в практической деятельности врача по мнению студентов (рисунок).

Как видно из рисунка, достоверно большее число студентов привлекали психиатрия и психотерапия в сравнении с дисциплинами медико-психологического блока. Более половины респондентов поддерживали позицию о том, что знакомство с психиатрией (52,4 %), психотерапией (51,2 %) и соматопсихологией (56,1 %) позволяет больше узнать о себе и окружающем мире. Мнения о функциональной нагрузке знаний в области психиатрии и психотерапии распределились следующим образом: 43,9 % студентов отметили, что подобные знания способствуют

более внимательному отношению к пациентам, 68,3 % – указали на возможность более точной оценки психического состояния больного, 80,5 % – на диагностику психосоматических расстройств. Большинство студентов придерживалось мнения, что получение знаний в области психиатрии и психотерапии расширяет диагностический потенциал клинического мышления врача. Однако респонденты достоверно реже полагали, что освоение данных дисциплин способствует более внимательному отношению к пациентам.



Распределение мнений студентов V курса о дисциплинах

Распределение мнений студентов о дисциплинах, содержание которых вызывало наибольшее эмоциональное напряжение в процессе изучения, показало, что изучение психиатрии вызывает большее психологическое напряжение, связанное с содержательной стороной предмета, в сравнении с другими дисциплинами медико-психологического блока и психотерапией (подобная тенденция прослежена и при изучении нейропсихологии).

В отношении дисциплин, представляющих пользу в практической деятельности врача, студенты достоверно реже полагали, что в практической деятельности врача необходимы знания и навыки, приобретаемые в процессе изучения психиатрии (по сравнению с дисциплинами медико-психологического блока).

Проведенное исследование показало, что структура отношения студентов к психиатрии и психотерапии сложна. Высо-

кий интерес к данным дисциплинам сочетается с более редкими суждениями о том, что их изучение способствует более точному пониманию происходящих событий и собственных переживаний. В то же время освоение учебного материала по психиатрии чаще, чем по другим предметам, сопровождается эмоциональным напряжением, поскольку, на наш взгляд, формируется диссонанс между медико-биологической парадигмой восприятия болезненных состояний, определяющей общий стиль клинического мышления будущего врача, и биопсихосоциальными характеристиками изучаемой психической патологии.

Получение знаний в области психиатрии, как и в любой другой клинической дисциплине, активизирует диагностический поиск, затрагивающий не только представителей ближайшего окружения, но и мир собственных переживаний [3-6]. Здесь происходит взаимодействие между поступающей профессионально значимой информацией и социальной проекцией негативно-стигматизирующего плана. Поскольку для формирования представлений о социальной реальности необходимы одобрение и поддержка со стороны других людей [13], происходит вытеснение возможности констатации психопатологических проявлений у себя либо референтной группы, что создает определенный индивидуальный уровень тревоги, психоэмоционального напряжения при изучении психиатрии. Подобное напряжение, вероятно, возрастает у невротизированных студентов в рамках усиления стигматизирующего отношения к психопатологическим проявлениям [1].

С позиции аналитической психологии активизация архетипических структур, ассоциированных с представлениями о психических заболеваниях, облегчает отрицательные проекции не только на носителей психической патологии [7], но и на учебный материал [6]. Отсюда следует снижение частоты мнений о формировании психиатрией и психотерапией возможности более широкого восприятия мира и собственных переживаний, а также более редкие суждения о практической значимости психиатрии в структуре диагностического и лечебного процесса в общемедицинской практике. Последнее может находить выражение в исключительно биологической трактовки развития заболеваний, снижении значимости психогенных надстроек в

процессе диагностики и лечения. Стигматизирующая установка способствует формализации изучаемого материала – смещению акцента на диагностические аспекты взаимодействия с пациентами в сравнении с эмпатийными, способствующими более эффективной коммуникации с пациентами [3-5].

Выводы:

1. Прослежено неоднозначное отношение к психиатрии и психотерапии в процессе обучения на медицинском факультете: интерес к данным дисциплинам сочетался с эмоциональным напряжением.
2. Структура отношения студентов к данным дисциплинам носит биопсихосоциальный характер и отражает взаимодействие между профессионально значимой информацией и социальной проекцией восприятия психопатологических явлений.
3. Стигматизирующие установки к данным учебным дисциплинам способствуют затруднению и формализации усвоения учебного материала.

Литература

1. *Баишмакова О.В.* Клинико-социальные особенности невротических расстройств врачей и педагогов, работающих с психически больными: дис. канд. мед. наук. М., 2009. 147 с.
2. *Биктимиров Т.З.* Системный подход к преподаванию психологии в высшем медицинском учебном заведении / Т.З. Биктимиров, С.В. Ярзуткин, Д.Г. Семенихин, В.В. Машин // Организация и развитие детской нейрохир. службы (междисциплинарные науч.-практ. аспекты): материалы конф., посвященной 10-летию кафедры медицинской психологии, неврологии и психиатрии с курсом нейрохирургии и детской нейрохирургической службы Ульяновской области (Ульяновск, 20 февраля 2004 г). Ульяновск: УлГУ, 2004. С. 82-85.
3. *Голенков А.В.* Априорные представления студентов о сущности, этиологии и лечении психических расстройств // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 3. С. 93-97.
4. *Голенков А.В.* Опыт преподавания вопросов алкоголизма студентам-медикам // Журн. неврол. и психиатр. 2013. № 6 (2). С. 75-79.

5. *Голенков А.В.* Отношение врачей, медицинских сестер и студентов к электросудорожной терапии // Психич. здоровье. 2009. № 9. С. 39-43.
6. *Голенков А.В.* Образ электросудорожной терапии в представлениях больных, их родственников и медицинских работников / А.В. Голенков, Е.Л. Николаев, С.А. Сафронов, Д.Н. Крылов // Прикладные информ. аспекты медицины. 2012. Т. 15, № 1-1. С. 44-49.
7. *Одайник В.* Психология политики. СПб.: Ювента, 1996. 382 с.
8. *Отставных Д.В.* Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в современных условиях // Вестник общест. здоровья и здравоохран. Дальнего Востока России. 2012. № 4. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20124/2012405.aspx> (дата обращения 29.06.2014).
9. *Руженков В.А.* Рейтинг врача-психиатра и отношение к психиатрии студентов медицинского факультета / В.А. Руженков, У.С. Москвитина // Сибир. вестник психиат. и наркол. 2010. № 3. С. 42-45.
10. *Фестингер Л.* Теория когнитивного диссонанса: пер. с англ. / Л. Фестингер. СПб.: Речь, 2000. 320 с.
11. *Araya R.I.* Medical students' attitudes to psychiatry in Chile / R.I. Araya, E. Jadresic, G. Wilkinson // Medical Education. 1992. Vol. 26 (2). P. 153-156.
12. *Chandrasekaran R.* Impact of psychiatry training on attitudes of undergraduate medical students / R. Chandrasekaran, P.S. Srikumar, E. Joshua, G. Rasamy // The Malaysian Journal of Psychiatry. 2008. Vol. 17, N 2. P. 326-332.
13. *El-Sayeh H.G.* How to win the hearts and minds of students in psychiatry / H.G. El-Sayeh, S. Budd, R. Waller, J. Holmes // Advances in Psychiatric Treatment. 2006. Vol. 12. P. 182-192.
14. *Garyfallos G.* Medical students' attitudes toward psychiatry in Greece. An eight-year comparison / G. Garyfallos, A. Adamopoulou, G. Lavrentiadis, J. Giouzepas, A. Parashos, E. Dimitriou // Academic Psychiatry. 1998. Vol. 22. P. 92-97.
15. *Ogunsemi O.O.* Stigmatizing attitude of medical students towards psychiatry label / O.O. Ogunsemi, O. Odusan, M.O. Olatawura // Annals of General Psychiatry. 2008. Vol. 7. P. 15-27.

**ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ
НА ПЕРВИЧНУЮ ОБРАЩАЕМОСТЬ
ПАЦИЕНТОВ К ВРАЧУ-ПСИХИАТРУ**

Е.В. Калинина

*Институт усовершенствования врачей
Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары*

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что в ряде европейских стран и Российской Федерации психические расстройства становятся одной из самых распространенных форм патологии [16, 17]. В связи с этим интерес к исследованиям, посвященным изучению психической заболеваемости, в различных странах мира повсеместно высок. О важности этой проблемы свидетельствуют многочисленные публикации отечественных и зарубежных авторов, а также документы ВОЗ [7, 8]. По данным Б.Д. Петракова, примерно 20 % всего населения земного шара страдает психическими расстройствами, из них около 5,7 % – психотическими формами психических расстройств, 15-23 % – пограничными [14].

Увеличение показателей психической заболеваемости и болезненности, несомненно, влечет за собой рост финансовых затрат, связанных с лечением психических и поведенческих расстройств. По данным ВОЗ, в 2000 г. значение глобальных расходов по DALY на психические заболевания составило 12,1 % и по прогнозу на 2020 г. возрастет до 15 % [6].

Вопросы охраны и укрепления психического здоровья населения страны, разрешаемые с позиции раннего выявления и предупреждения основных нервно-психических расстройств, в том числе с помощью психологических подходов [1, 11], являются на современном этапе развития общества основополагающими для научной медицины и практического здравоохранения [10, 12, 13, 15, 18]. Данная проблема также находится в фокусе внимания общественных организаций [2].

Одним из важнейших факторов, увеличивающих экономическое бремя психических расстройств, является позднее обра-

щение за психиатрической помощью. К настоящему времени отсутствует полная и достоверная информация о причинах позднего обращения к психиатру, факторах, влияющих на частоту обращения населения за психиатрической помощью. Эта проблема частично рассматривалась в наших предыдущих работах [3-5, 9].

В данной работе представлены результаты углубленного анализа 627 случаев первичного обращения к врачу-психиатру за медицинской помощью. Из анализа исключались случаи обращения к психиатру для решения экспертных вопросов (военная и судебная экспертизы и пр.). Выявлено, что частота обращения женщин за психиатрической помощью выше, чем у мужчин (67,4 % против 60,3 %). Существуют и возрастные различия при обращении к психиатру: практически половина обращений приходится на лиц трудоспособного возраста – 311 (49,6 %), частота обращения детей и лиц пенсионного возраста приблизительно одинаковая – 160 (25,5 %) и 156 (24,9 %) соответственно.

Фактором, влияющим на обращаемость пациентов к психиатру, также является место проживания. В условиях города при существенных нервно-психических нагрузках, высоких требованиях к профессиональным качествам, проявления психических расстройств становятся более заметными, чем в сельской местности. Это подтверждается наблюдениями, которые показывают, что пациенты с шизофренией, проживающие в городе, попадают в поле зрения психиатра в два раза чаще, чем пациенты сельской местности (8,3 % против 3,8 %; $p \leq 0,05$), а городские пациенты с расстройством личности – в три раза чаще, чем сельские (10,0 % против 3,0 %; $p \leq 0,01$).

На частоту обращения к психиатру влияет окружение пациента и близость контактов. Одинок проживающий в многоквартирном доме человек с впервые возникшим психическим расстройством имеет более высокий шанс своевременного получения психиатрической помощи, чем одинок проживающий в сельской местности. Это связано в первую очередь с реакцией жильцов на нарушение комфорта и безопасности, которое создает пациент (затапливает соседей, шумит по ночам и пр.).

Для работающих лиц с впервые возникшими психическими расстройствами тенденция к более своевременному оказанию

помощи городскому жителю по сравнению с сельским также является характерной. Обращения к психиатру по инициативе сослуживцев пациента были зафиксированы среди городских жителей в 27 случаях, тогда как в сельской местности – только в единичном случае.

Несомненной причиной первичного обращения к психиатру является тяжесть психических расстройств, проявляющаяся в первую очередь изменившимся в сторону неадекватности поведением. Чем больше меняется поведение, чем более опасным как для самого пациента, так и для окружающих оно становится, тем быстрее происходит обращение к психиатру.

Необходимость госпитализации при первичном обращении к психиатру возникла в 47,6 % случаев, что подтверждает тяжесть психических расстройств при первичном обращении за психиатрической помощью. Так, среди пациентов с шизофренией изменение поведения связано в первую очередь с психопродуктивной симптоматикой (галлюцинации, бред), уровень госпитализации при этом составил 87,2 %. Высокий уровень госпитализации был зарегистрирован и среди пациентов с умственной отсталостью, причиной госпитализации которых служило нарушение поведения в виде неоднократных агрессивных, маломотивированных действий по отношению к другим лицам (77,8 %). Частая госпитализация наблюдалась и в группе пациентов с расстройством личности (71 %), основной причиной направления на стационарное лечение являлось суицидальное поведение. Среди пациентов с аффективными нарушениями частота госпитализаций составила 62,5 % случаев. Основаниями для госпитализации служили депрессивные расстройства умеренной или тяжелой степени с суицидальными тенденциями.

На обращение к психиатру влияет скорость развития психических нарушений. Пациенты с остро начавшимся шизофреническим процессом попадают к психиатру значительно раньше, чем пациенты с медленным началом данной нозологии. Так, быстро развившиеся нарушения психических функций после мозговых катастроф чаще являются поводом для обращения к психиатру, чем медленно нарастающие психические расстройства этой же этиологии и той же степени выраженности.

На своевременность обращения к психиатру влияет мнение окружающих о приемлемости того или иного поведения или высказывания. Так, пациенты с плохо объяснимыми немотивированными агрессивными действиями на фоне галлюцинаторно-бредовой симптоматики попадали в поле зрения психиатра раньше, чем пациенты с такой же симптоматикой, но без агрессивных тенденций.

Другой немаловажной причиной позднего обращения к психиатру являются религиозные убеждения как пациентов, так и их родственников. Бредовые, галлюцинаторные и аффективные расстройства нередко трактуются пациентами и их родственниками как воздействие злых духов, влияние колдовства или проклятья. Помощь ассоциируется со знахарями, колдунами, связывается с соблюдением постов и обрядов и не предполагает врачебного вмешательства.

Существенное влияние на своевременное обращение к психиатру играют родственники пациента или близкие ему люди, которые могут как ускорить встречу со специалистом, так и существенно ее отодвинуть. При впервые возникшей психопатологической симптоматике окружающие пациента лица пытаются найти оправдание изменившемуся поведению. Чаще всего возникшие нарушения связывают с усталостью, стрессовыми факторами, пытаются связать их с имевшимися ранее травмами головного мозга и пр. Близкие в период изменившегося поведения пытаются оградить пациента от контакта с окружающими, готовы мириться с тем, что он теряет работу, семью, в надежде на то, что появившиеся изменения временные и при устранении якобы имевшей место причины пройдут самостоятельно.

Отодвигает обращение к психиатру и толерантность окружающих к психическим расстройствам позднего возраста. Потеря когнитивных способностей расценивается окружающими как естественный процесс старения. Только трудности сочетания ухода за психически больным человеком и выполнения трудовых обязательств на работе, необходимость оформления в учреждения социального обслуживания или группы инвалидности служили поводом для первичного обращения к психиатру.

Другая причина, влияющая на позднее обращение к психиатру, связана с узкой дифференциацией и специализацией меди-

цинских работников. Зачастую происходит игнорирование жалоб, не относящихся к компетенции конкретного врача-специалиста. Забывая о единстве соматических и психических расстройств, врач-интернист при диагностике заболеваний не обращает внимания на аффективные нарушения, поддерживающие различные соматические расстройства, а порой и маскирующиеся под них, игнорирует нелепость, вычурность жалоб соматического характера, скорость нарастания когнитивных нарушений. Среди обратившихся в общесоматическую сеть с жалобами на впервые возникшие психические расстройства только 49,6 % были расценены интернистами правильно и своевременно направлены к психиатру. У более половины пациентов, обратившихся в общесоматическую сеть (50,4 %), жалобы на имевшиеся психические расстройства, послужившие в последующем причиной лечения у психиатра, были интернистами проигнорированы.

Большое влияние на частоту обращений к психиатру имеет уровень взаимодействия психиатрической и общесоматической служб. В тех медицинских организациях, где кабинет психиатра находится непосредственно в поликлинике и организована работа по взаимодействию со специалистами, уровень выявления впервые возникшей психической патологии выше, чем там, где психиатрическая служба обособлена или отсутствует связь с общесоматической сетью.

Существенно отодвигает получение помощи специалиста искаженная информация о психических расстройствах. Существуют мифы о психических расстройствах и психиатрии в целом. До сих пор стойко сохраняются устаревшие понятия о неизлечимости психических расстройств, о необратимости психической патологии, о наличии так называемого психиатрического учета, негативно влияющего на социальный и профессиональный статус больного. В поддержании этих мифов немаловажную роль играют средства массовой информации (СМИ). Рассказывая об опасности, необъяснимости и неуправляемости поведения ряда больных, СМИ накладывают клеймо на всех пациентов, получающих психиатрическую помощь независимо от вида заболевания и форм его протекания. Искажая или выхватывая отдельные факты из цепочки событий, СМИ участвуют в

формировании стигматизации лиц, получающих лечение у психиатра, что влияет на первичное обращение.

Несмотря на принятый более 20 лет назад (в 1992 г.) Закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", имеющий выраженную антистигматизационную направленность, включение цикла лекций по психиатрии для врачей общей практики, активную работу врачей-психиатров по освещению юридически значимых вопросов при оказании психиатрической помощи, у врачей-интернистов существуют серьезные пробелы в знании базовых законов об охране психического здоровья. Это приводит к отторжению ими пациентов с впервые возникшими психическими расстройствами.

Таким образом, причины позднего обращения к психиатру разноплановы и многогранны. Их можно разделить на основные группы: *социодемографические* (пол, возраст, место проживания, условия работы), *клинические* (тяжесть психических расстройств, скорость их возникновения), *организационные* (слабая интегрированность психиатрической службы в общесоматическую сеть), *информационные* (недостаток знаний в области законодательства об охране психического здоровья).

Понимание причин позднего обращения к психиатру и последовательные и продуманные организационные мероприятия могут существенно сократить период от начала психического расстройства до первой встречи с психиатром.

Литература

1. Белоколов В.В., Николаев Е.Л. Семейные эмоциональные коммуникации у больных с психическими расстройствами // Вестник Чуваш. ун-та. 2013. № 4. С. 192-196.
2. Голенков А.В., Николаев Е.Л. 50 лет сообществу психиатров Чувашии // Психич. здоровье. 2013. Т. 11, № 8 (87). С. 65-67.
3. Демчева Н.К., Калинина Е.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика впервые выявленных психических расстройств у городского и сельского населения Чувашской Республики // Росс. психиатр. журн. 2010. № 6. С. 16-23.
4. Демчева Н.К., Калинина Е.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика психических расстройств у лиц с впервые в жизни установленным диагнозом и факторы, влияющие на первичную

- обращаемость за психиатрической помощью // Вестник неврол., психиатрии и нейрохирургии. 2010. № 8. С. 4.
5. *Демчева Н.К., Калинина Е.В.* Связь между клиническими характеристиками психических расстройств и своевременностью обращения за психиатрической помощью у больных с впервые в жизни установленным диагнозом // Психич. здоровье. 2010. № 7. С. 28-35.
 6. *Документы ВОЗ.* Женева, 2001.
 7. *Документы ВОЗ.* Женева, 2004.
 8. *Казаковцев Б.А.* Развитие служб психического здоровья: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 671.
 9. *Калинина Е.В.* Причины поздней диагностики психических расстройств и варианты оказания психиатрической помощи в новых экономических условиях // Здравоохран. Чувашии. 2005. № 4. С. 56-60.
 10. *Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г.* Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Соц. и клин. психиатр. 2013. Т. 23, вып. 4.
 11. *Николаев Е.Л.* О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // Соц. и клин. психиатр. 2006. Т. 16. № 3. С. 38-45.
 12. *Николаев Е.Л.* Психотерапевтической службе Чувашии – четверть века // Вестн. психиатр. и психол. Чувашии. 2012. № 8. С. 159-164.
 13. *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.
 14. *Петраков Б.Д.* Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. М.: Медицина, 1988. С. 300.
 15. *Улумбекова Г.Э.* Демографические показатели здоровья населения России // Росс. психиатр. журн. 2010. № 2. С. 28-35.
 16. *Чуркин А.А.* Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья: руководство по соц. психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., Медицина, 2001. С. 479-497.
 17. *Чуркин А.А., Творогова Н.А.* Характеристика психических расстройств среди населения Российской Федерации за 1993-2003 гг. Ч. 1 // Психич. здоровье. 2006. № 1 (1). С. 22-31.
 18. *Dennerstein L.* Psychosocial and mental health aspects of women's health // World Health Stat. Q. 1993. Vol. 46, N 4. P. 234-236.

ПСИХОДРАМА КАК МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Р.Д. Миназов

Клиника "Инсайт", Казань

Психотерапия занимает важное место в лечении и реабилитации больных с психической дезадаптацией, что позволяет учитывать как клинические и индивидуально-психологические, так и культурные, семейные и духовные факторы этиологии и патогенеза психических расстройств (Николаев Е.Л., 2005а, 2005б, 2006; Сулова Е.С., Николаев Е.Л., 2006).

В этом плане не являются исключением больные с зависимостями, в том числе больные с наркотической зависимостью (наркозависимые). По данным исследователей, наркозависимые обладают высоким, но не реализующимся творческим потенциалом (Максимова С.В., 2006). Это является еще одним мотивом для изучения места психодрамы в реабилитации наркозависимых. Тем не менее были единичные попытки использования ролевых игр у пациентов с алкогольной зависимостью (Даренский И.Д., 2005). К сожалению, они проходили в жесткой и директивной форме с запретом на проявление некоторых чувств и эмоций. Протагонисты выбирались психотерапевтом, который в то же время занимал отстраненную позицию. Мы основывались на традиции классической психодрамы, где решающую роль играет спонтанность самого психотерапевта, и учитывали особенности психотерапии в эпоху постмодерна с ориентировкой на эклектизм и интегративные принципы (Blatner А., 2005, Горностай П.П., 2004; Николаев Е.Л., 2005а).

Для достижения целей и задач реабилитации наряду с когнитивно-поведенческой и семейной психотерапией возможно применение психодрамы. Преимущества этого метода заключаются в том, что психодраматические сессии не содержат формального анализа, а символический (метафорический) разогрев позволяет быстрее войти в объектные отношения пациента (Кулаков С.А. с соавт., 2006). Важно отметить, что сценическое

представление способствует вынесению внутренних образов на психодраматическое пространство (экстернализация) (Барц Э., 1997; Холмс П. с соавт., 1997). А сами реабилитанты с удовольствием отзываются на возможность эмоциональной разрядки, поскольку переполнены различными аффектами (в основном аффекты мстительности).

Психодрама – это метод психотерапии, в котором клиенты продолжают и завершают свои действия посредством театрализации, ролевой игры, драматического самовыражения. Используется как вербальная, так и невербальная коммуникация. Разыгрывается несколько сцен, изображающих, например воспоминания о специфических событиях прошлого, незавершенные ситуации, внутренние драмы, фантазии, сны, подготовка к предстоящим ситуациям с возможным риском или непроизвольные проявления психических состояний "здесь и сейчас". Эти сцены либо приближены к реальной жизненной ситуации, либо выводят наружу внутренние ментальные процессы. Если требуется, другие роли могут взять на себя члены группы или неодушевленные объекты. Используется множество техник – обмен ролями, дублирование, техника зеркала, конкретизация, максимизация и монолог. Обычно можно выделить следующие фазы психодрамы: разогрев, действие, проработка, завершение и шеринг (Келлерман П.Ф., 1998).

Основные задачи психодраматической терапии, такие, как высвобождение спонтанности, ее конструктивное направление, обогащение и гармонизация ролевого репертуара, проработка ролевых конфликтов различного типа с целью личностной интеграции, решаются через организованное групповое терапевтическое действие, стержнем которого является ролевая игра в форме, близкой театральной (Лейтц Г., 2007).

Основные формы психодрамы:

1. Психодрама, центрированная на протагонисте или на индивиде. Ориентированная на протагониста психодрама, как говорит уже само название, концентрируется на протагонисте, который в психодраматической игре изображает реальную или воображаемую ситуацию из своей жизни.
2. Психодрама, центрированная на теме. Используется, когда на психодраматическом занятии нет актуального группового

конфликта или мотивированного протагониста, как это нередко бывает в новых группах, но всегда находится тема, затрагивающая всех членов группы, которая должна быть проиллюстрирована каждым из них через изображение соответствующих событий. В реабилитации часто приходится работать над следующими темами: "срыв", "конфликт сепарации-индивидуации", "конфликт с родственниками", "диалог с болезнью", "обида", "вина перед значимым объектом", "зависть", "ненависть к объекту", "зависимость от объекта" и ряд других тем.

3. Психодрама, направленная на группу. Осуществляется в виде психодрамы, центрированной на протагонисте. Характерной особенностью является терапевтическая работа с проблемой, затрагивающей всех членов группы. Такой проблемой в группе аддиктов может быть встреча с "действующим" наркоманом, беседа с семьей после выписки или эротические переносы в отделении и т.д.

Основные фазы психодрамы: в классической психодраме описываются три фазы: разогрев (разминка), собственно действие (игра) и обмен чувствами или шеринг (от английского *to share* – делиться).

Разогрев. Разогрев может быть определен как процесс активизации членов группы для участия в предстоящем действии. Поскольку склонность к регрессии является доминирующей характеристикой аддиктивной группы (Ветюгов В.В., 2006), то разогрев проходит легко и спонтанно. Разогрев может быть как метафорическим (Линде Н.Д., 2004; Лиманцев В.В., 2006), так и с использованием различных предметов, кукол (Романова И.Е., 2007). Лебедева Л.Д. (2007) описывает применение в качестве разогрева техники "Семейный круг". В литературе описываются случаи использования футуропрактики (Долгополов Н.Б., 2005). Например: "Представьте свое настоящее и будущее в виде символов, представлений или рисунка".

Психодраматическое действие. Стадия психодраматического действия обычно начинается с того, что ведущий просит протагониста определить сценическое пространство и приглашает его на сцену (Лейтц Г., 2008). Вслед за фокусировкой проблемы протагонисту предлагают вспомнить ситуацию из собст-

венного опыта, с ней соотносимую. Чаще всего это оказывается реальная ситуация из недавнего прошлого, но это может быть сон, фантазия или метафора. После краткого обозначения ситуации или по ходу рассказа о ней протагониста просят приступить к ее постановке. Для этого он с помощью условного реквизита организует пространство, воссоздавая значимые элементы ситуации (это может быть, например, комната, в которой происходят события, и ее обстановка), и вводит действующих лиц (которыми могут быть не только люди, но и животные, вещи, чувства, фантастические персонажи, зависящие от содержания сцены). На данном этапе используются следующие психодраматические техники: обмен ролями, дублирование, зеркало, множественное дублирование (Морено З.Т., 2003). Некоторые авторы указывают на возможность включения культурных традиций в проведение психодрамы (Molina Bogusia et al., 2005). К примеру, использование национальных костюмов или масок для участия и проигрывания в ролях позволят более точно сконструировать психодраматическое пространство, тем более что необходимо учитывать культурные традиции каждого индивида в ходе групповой психотерапии (Macmaster S.A., 2005). Поскольку для наркозависимых характерен низкий уровень эмпатии, с которой тесно связана коммуникативная компетентность (Зенцова Н.И. с соавт., 2008), важным этапом является поведенческое научение в психодраматическом действии (Ромек В.Г., 2002).

Завершение или шеринг. Финал успешной психодраматической сессии часто включает подходящую сцену, которая окончательно завершает драму. Такая сцена обычно называется сценой завершения и имеет особое значение для концептуализации терапевтического процесса психодрамы. Д. Киппер (1993) описал многочисленные примеры завершающих сцен.

Такое разрешение важно не только для протагониста, но и для вспомогательных лиц, группы и самого директора. Вспомогательные лица могут осуществить завершение выступлением из роли и деролингом (выходом из роли). Для группы заключение нередко происходит как идентификация и обсуждение аспектов фазы шеринга. Одна из целей сцены завершения состоит в том, чтобы закончить психодраму позитивно. Когда завершение от-

существует или сделано неудовлетворительно, протагонист и группа остаются с ощущением неприятного беспокойства (Шутценбергер А.А., 2007; Кулаков С.А., 2007).

Терапевтические факторы психодрамы:

1. Катарсис. Он отражает две фазы процесса психодрамы:
 - высвобождение и облегчение (катарсис)
 - интеграцию и упорядочение (проработка).
2. Инсайт в действии. *Инсайт (insight – букв. "взгляд внутрь")* традиционно считался важным фактором, вызывающим излечение. По мнению участников психодрамы, достижение самопонимания помогает больше, чем другие факторы. Процесс получения этого понимания назывался по-разному. Однако называется ли он самоактуализацией, превращением бессознательного в сознательное, просветлением, озарением или инсайтом, большинство психотерапевтов сходятся на том, что он дает пациентам понимание себя, своих трудностей и того, как они возникают, и что в этой ситуации можно изменить. Инсайт в действии можно определить как интеграцию эмоционального, когнитивного, поведенческого, межличностного и воображаемого обучающего опыта. Он достигается только во время действия, когда приходится двигаться, стоять смирно, "тянуть и толкать", издавать звуки, жестиковать и произносить слова – иначе говоря, осуществлять коммуникацию посредством языка действия.
3. Отыгрывание в действии. В психодраме термин "отыгрывание в действии" означает постановку, разыгрывание, и включает в себя следующие компоненты:
 - проживание, разыгрывание с помощью движений;
 - отреагирование (вентиляция чувств);
 - повторное переживание, воплощение в действии прошлого события или опережающее переживание, воплощение в действии события будущего, как если бы оно происходило "здесь и сейчас";
 - извлечение внутренней реальности во внешний мир;
 - невербальная коммуникация, спонтанное использование "языка действий";
 - все действия, проявившиеся на психодраматической сцене.

4. "Сверхреальность". Психодрама применяет "как будто" во многих направлениях. Главная функция "как будто" в психодраме состоит в том, чтобы работать со стрессовыми моментами жизни, замещая их в защищенном мире воображаемого. Участников поощряют к отходу от испытания реальностью и удалению на время из окружающей действительности. Экспериментируя с некоторыми новыми измерениями реальности, участники строят мир в соответствии со своими спонтанно возникающими идеями. Парадоксальным образом эта процедура помогает человеку одновременно отрицать и утверждать окружающую реальность (Фридман Дж., Комбс Дж., 2001).
5. Сопротивление. Существует множество способов не быть вовлеченными в психодраматический процесс. Выражение одного чувства, например веселья, может служить защитой от другого чувства, например печали. Равнодушие нередко является заместительным избеганием вовлечения во что-либо. Протагонист, сопротивляющийся в психодраме, сообщает, что он "не готов играть, не будет раскрываться на группе". Люди могут сопротивляться пассивным или активным способом, выражая свое нежелание мягко и неявно ("Мне нечего сказать...") или более директивно ("Этот метод не для меня!"). Практика показывает, что наркозависимые используют более примитивные способы психологической защиты (отрицание, вытеснение, проекция и др.). R. Waska (2007) описывает проективную идентификацию, как один из видов психологической защиты у наркозависимых, который является способом общения и примитивной формой объектных отношений.

Психодрама является одним из старых методов среди 29, представленных в комитете модальностей психотерапии. Интегративные тенденции в психотерапии коснулись и психодрамы. На страницах киевского журнала "Психодрама и современная психотерапия" можно встретить статьи, отражающие интеграцию психодрамы с экзистенциальным анализом, транзактным анализом, мифодрамой (Горностай П.П., 2005; Долгополов Н.Б., 2005; Ефимова И.Н., 2004).

С методом психодрамы очень хорошо сочетались теория объектных отношений, аналитическая психология, кататимная психотерапия или символдрама, арт-терапия и арт-анализ (Семилет Н.В., 2003; Кулаков С.А. с соавт., 2006). Объединение психодрамы с экзистенциальным анализом подчеркивало ее традиционную принадлежность к экзистенциально-гуманистическому направлению. Психодрама также служит дополнением к семейной психотерапии (индивидуальная работа с "детской подсистемой"). Тип воспитания в родительской семье зависимого от наркотиков в 40 % случаев носит характер "предпочтения в подростковом детстве качеств", при котором ему приписывают личную и социальную несостоятельность, в 26 % случаев воспитание носит характер "отвержения", при котором не учитывается индивидуальность подростка (Михайлов С.В., 2006). Не удивительно, что пациенты часто выбирали для проигрывания и раскрытия в психодраматической группе различные семейные конфликты. Именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, явившиеся своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (Николс М., Шварц Р., 2004; Черников А.В., 2001).

Психодрама имеет свою теоретическую базу: теорию креативности и спонтанности, теорию ролей и ролевого развития, на которых строится психодраматическая теория личности (Блатнер А., 2003). Психодраматическая теория ролей оперирует максимально приближенными к жизни понятиями, что дает широкие возможности для абстрагирования (Морено Я Л., 2008).

Интегративный подход (полиmodalность, мультимodalность) предлагает эклектический подход к лечению – разные методы для разных людей. Приверженцы мультимodalного подхода ориентированы на теорию систем: улучшение функционирования на одном уровне приводит к позитивным изменениям на другом (Макаров В.В., 2007). Изолированное использование семейной, когнитивной психотерапии, психодрамы направлено на один или несколько аспектов, тогда как в случае интеграции методов идет поиск максимально широкого воздействия. Поэтому мы вслед за А. Блатнером, считаем психодраму мультимodalной психотерапией (Blatner A., 2005).

Оценка эффективности психодрамы. Психотерапия содержит много гипотетических предположений, которые трудно подвергнуть экспериментальному подтверждению. В основном это связано с тем, что межличностные отношения, на которых основана психотерапия, включают различные переменные, с трудом поддающиеся измерению. Стандартных критериев успешности лечения не существует вообще. До сих пор каждая исследовательская группа создает собственные критерии и процедуры измерения (Кэхеле Х., Казанская А., 1996). Следовательно, к изучению психотерапии трудно применить точные принципы, на которых основан научный метод, а именно не предвзятый сбор фактов и информации, формулирование разумных гипотез, сохранение объективности, проверка открытий и дублирование результатов. В большей части описание психотерапевтических техник отражает личные ценности и убеждения исследователя.

Однако можно сказать, что в целом психотерапия зарекомендовала себя как эффективный метод лечения (Люборски Л., 2003). Одной из косвенных причин существования различных моделей и методов психотерапии является отсутствие достаточно убедительных критериев большей эффективности одних методов по сравнению с другими (Карвасарский Б.Д. с соавт., 2006).

Американский психиатр L. Wolberg еще в 1977 году в предисловии к третьему изданию своего двухтомного труда ("Техника психотерапии") высказал следующее мнение: "Техники сами по себе не являются достаточными – они должны применяться в качестве инструментария интерперсональных отношений...". Именно поэтому эффективные техники в некоторых ситуациях оказываются недейственными. При оценке эффективности психотерапии правильно сравнивать не группы леченых и нелеченых пациентов, а группы, в которых терапия проводится профессиональными и непрофессиональными терапевтами, которые встречают то же число обязательств и сопротивлений (Strupp Н.Н., 1975).

Разработка критериев и методов оценки эффективности становится все более актуальной не только в нашей стране, но и за рубежом. По мнению Б.Д. Карвасарского и его соавторов

(2007) критерии эффективности психотерапии должны удовлетворять следующим условиям.

Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: соматической, психологической, социальной.

Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента.

В-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга. Для объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения, причем число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным; таких больных должно быть не менее 90 % общего их числа. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

С учетом всех медицинских и социальных последствий наркотизации, эффективная помощь в настоящее время оценивается по изменениям во всех проблемных областях, связанных с употреблением нелегальных наркотиков (Hubbard R. et al., 2003). Стандартизированные подходы предполагают оценку нескольких основных позиций.

1. *Ситуация с употреблением основного наркотика, по отношению к которому сформирована зависимость.* Идеальным результатом остается полная ремиссия. Как позитивные изменения оцениваются: сокращение продолжительности рецидивов, уменьшение частоты приема наркотика, снижение потребляемой дозы, отказ от внутривенного употребления, переход на более легкие наркотики, прекращение или снижение частоты употребления нелегальных наркотиков.
2. *Показатели занятости.* Признаками позитивных изменений являются возобновление учебы, трудоустройство с приобретением экономической самостоятельности, усилия, направленные на получение специальности.
3. *Улучшение межличностных отношений.* Уменьшение количества конфликтов в семье, улучшение социальной адапта-

ции на основе появления новых интересов и позитивного взаимодействия с окружением.

4. *Состояние общего здоровья.* Уменьшение количества госпитализаций, связанных с наркотизацией, лечение имеющихся, в том числе инфекционных, осложнений и сопутствующих заболеваний, регулярное врачебное наблюдение.
5. *Правовой статус.* Снижение криминальной активности, непосредственно связанной с наркоторговлей, а также с другими видами правонарушений, совершаемых с целью получения средств на приобретение наркотиков. Уменьшения количества инцидентов, связанных с злоупотреблением наркотическими веществами (травмы, дорожно-транспортные происшествия, административные правонарушения).
6. *Психическое состояние,* включая редукцию проявлений коморбидных психических расстройств, а также улучшение психологического самочувствия в целом.

Анализируя состояние наркологической помощи в России, А.Г. Гофман (2003) постулирует, что любая терапия должна оцениваться по двум критериям – по эффективности и доступности. Помогает тот вид психотерапии, в который верит больной. Не существует доказательства преимущества одного вида психотерапии над другим. Выбор одной из 450 существующих психотерапевтических методик определяется в конечном счете тем, во что верит больной и врач, насколько доступен метод для больного. В работах Luborsky et al. (1985), Smith et al. (1993), Miller et al. (1993) утверждается, что все виды психотерапии одинаково эффективны и делается акцент на роли личности самого психотерапевта как решающего терапевтического фактора. Некоторые авторы указывают на большую эффективность психотерапии наркозависимых в полоспецифических группах (Powell D.J., 2006).

В настоящее время понятие ремиссии при психических заболеваниях определяется не полным отсутствием симптомов, а скорее уменьшением интенсивности основных клинических проявлений до степени, когда они не оказывают значимого влияния на поведение индивида (Коцюбинский А.П. с соавт., 2006; Doyle A. et al., 2003; Andreasen N., et al., 2005).

В МКБ-10 (раздел F1) диагностические критерии ремиссии не указываются. В DSM-IV ремиссией называется состояние, при котором, как минимум, в течение одного месяца не выявляется ни одного признака, соответствующего диагностическим критериям зависимости или злоупотребления ПАВ. Ремиссия называется начальной (early remission) в течение первых 12 месяцев или продолжительной (sustained remission) если сохраняется более 12 месяцев. Кроме того, различают ремиссии полные (full remission) и неполные (partial remission). Ремиссия считается неполной, если в течение указанного периода регистрируется, периодически или постоянно, по крайней мере один из признаков, соответствующий критериям зависимости или злоупотребления (употребления с вредными последствиями, в терминологии МКБ-10). В единичных работах отечественных авторов неполные или частичные ремиссии при опиоидной зависимости с недавних пор стали рассматриваться как проявления положительной динамики (Винникова М.А., 2004; Пятницкая И.Н. с соавт., 2004).

Полные трехлетние ремиссии с верифицированным отсутствием аддиктивного поведения, включая злоупотребление алкоголем и иными ПАВ, наблюдались московскими исследователями после пребывания в лечебно-реабилитационном центре у 16 % больных (Благов Л.Н. с соавт., 2004). По данным Т.Н. Дудко (2006), ремиссии от года до 2 лет в среднем у больных наркоманией в 2003-2004 гг. наблюдались в 9,2 % случаев.

В последние годы многие авторы говорят о необходимости разработки единых критериев оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий в наркологической практике (Гофман А.Г., 2003; Титова В.В., 2004; Менделевич В.Д., 2007; Вешнева С.А. с соавт., 2008). По мнению В.Д. Менделевича для оценки эффективности терапии опиоидной зависимости необходимо применять такие параметры, как удержание в программе лечения, "качество жизни", снижение частоты передозировок и заражения ВИЧ, трудоспособность, частота рискованного и криминального поведения.

В.В. Титова (2004) в своем исследовании в качестве индикаторов эффективности групповой психотерапии наркозависимых использовала:

- степень редукции патологических проявлений зависимости от наркотика (с учетом соматического, психопатологического, психологического параметров);
- степень развития новых базовых личностных свойств и навыков адаптации (основы для полноценного формирования психологической устойчивости к повторной наркотизации);
- при катamnестическом обследовании – наличие ремиссии, ее устойчивость, а также уровень социально-психологической адаптации.

С.В. Михайлов (2006) в своем исследовании в качестве критериев эффективности реабилитационной программы рассматривал самооценку пациентов и их удовлетворенность трезвой жизнью.

Е.А. Брюн с соавт. (2007) при оценке результативности наркологической помощи предлагают делать акцент на экономическом эффекте. Он, по их мнению, является интегральным показателем результативности наркологической помощи, так как его размер напрямую зависит от медицинских и социальных показателей эффективности проводимых мероприятий.

Малая эффективность наркологической помощи обусловлена тем, что специалисты не уделяют должного внимания расстройствам личности, появляющимся и прогрессирующим в процессе наркотизации, психологической и социальной реабилитации (Вешнева С.А. с соавт., 2008). Именно поэтому Миннесотская модель (основанная на программе 12 шагов), популярная в последние 10 лет в России, отличается более высокими показателями эффективности (Stinchfield R. et al., 1998). Через год пребывания в программе 53 % из 1083 пациентов с алкоголизмом и наркоманией воздерживались от их употребления, а еще 35 % снизили уровень потребления алкоголя и других ПАВ. О равной эффективности 12-шаговой программы и терапевтической программы, ориентированной на когнитивно-поведенческую терапию в достижении двухлетней ремиссии у наркоманов (около 25 % больных), сообщают J. Ritscher et al. (2002). Однако описанные выше методы психотерапии опираются только на когнитивную и поведенческую составляющую личности. А психодрама к тому же изучает эмоциональную сферу и объектные отношения наркозависимых.

Психодрама в комплексной реабилитации героиновых наркоманов имеет следующие преимущества перед другими методами:

- психодрама обладает своей собственной хорошо разработанной теорией;
- психодрама позволяет обойти защитные механизмы;
- психодраматические сессии не содержат формального анализа;
- психодрама избегает оценок;
- психодрама выносит внутренние образы на психодраматическую сцену;
- символический (метафорический) разогрев позволяет быстрее войти в объектные отношения пациента;
- психодрама – это одновременно аналитический и действенный метод.

Подводя итоги обзора литературы, хотелось бы отметить, что нет ни одной публикации в зарубежных и отечественных изданиях о применении психодрамы в реабилитации наркозависимых и, тем более, об оценке ее эффективности (Am. J. of Psychotherapy. 2004-2009. Vol. 58-63; British J. of Psychotherapy. 2004-2009. Vol. 20-25; J. of Studies on Alcohol and Drugs. 2005-2009, Vol. 66-70; National Institute on Drug Abuse (NIDA)).

Использование психодрамы в России описано на примере работы одного из реабилитационных центров, но оценка ее эффективности не проводилась (Кулаков С.А., Ваисов С.Б., 2006). В результате просмотра тем диссертаций с 1990 гг. мы обнаружили, что также не было ни одной публикации о психодраме в реабилитации наркозависимых. Таким образом, внедрение психодрамы в комплексную реабилитацию наркозависимых является перспективной научно-практической задачей современной наркологии.

Литература

1. Барц Э. Игра в глубокое: введение в юнгианскую психодраму / пер. с нем. К.Б. Кузьминой. М.: Независимая фирма "Класс", 1997. 144 с.
2. Благоев Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. Методологические проблемы реабилитации больных с наркотической зависимостью // Сб. науч. трудов. Вып. 2. М.: Изд-во РГМУ, 2004. С. 384-387.
3. Блатнер А. Теоретические основы психодрамы // Психодрама и совр. психотерапия. 2003. № 4. С. 4-14.
4. Брюн Е.А., Духанина И.В., Москвичев В.Г. Оценка результативности наркологической помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 4. С. 41-43.
5. Ветюгов В.В. Механизмы психологической защиты у девочек-подростков с аддиктивным поведением, злоупотребляющих психоактивными веществами: возрастная динамика и адаптационные проблемы // Психическое здоровье. 2006. № 5. С. 45-49.
6. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. 2008. № 1. С. 55-61.
7. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов) // Дис.... д-ра мед. наук. М., 2004. 243 с.
8. Горностай П.П. Из дебрей жизненного сценария, или Трансактная психодрама // Психодрама и совр. психотерапия. 2005. № 2-3. С. 94-99.
9. Горностай П.П. Интегративные модели в современной психотерапии // Наука і освіта. 2004. № 8-9. С. 83-86.
10. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003. 215 с.
11. Даренский И.Д. Клинические ролевые игры и ролевой тренинг в наркологии. М.: Спутник+, 2005. 128 с.
12. Долгополов Н.Б. Футуропрактика: "Преображающееся Я" и "Темпоральные двойники" // Психодрама и совр. психотерапия. 2005. № 2-3. С. 21-29.
13. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных // Вопр. наркологии. 2006. № 1. С. 31-41.
14. Ефимова И.Н. Психодрама + экзистенциальный анализ: о пользе перекрестного опыления // Психодрама и совр. психотерапия. 2004. № 1-2. С. 64-73.

15. *Зенцова Н.И., Сирота Н.А.* Модель исследования когнитивных факторов психосоциальной адаптации у наркологических больных // *Вопр. наркологии.* 2008. № 1. С. 61-67.
16. *Карвасарский Б.Д.* (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. СПб.: Питер Ком, 2006. 944 с.
17. *Карвасарский Б.Д.* (ред.) Психотерапия. 3-е изд. СПб.: Питер, 2007. 672 с.
18. *Келлерман П.Ф.* Психодрама крупным планом: анализ терапевтических механизмов. М.: Независимая фирма "Класс", 1998. 240 с.
19. *Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама / пер. с англ. М.Ю. Никуличева, Ю.Г. Григорьевой. М.: Независимая фирма "Класс", 1993. 224 с.
20. *Коцюбинский А.П., Скорик А.И.* Оценка динамики психического состояния // *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2006. № 2 (03). С. 12-14.
21. *Кулаков С.А., Жаринов О.А.* Символдрама – психодрама: интеграция подходов в ходе учебной супервизии // *Психодрама и совр. психотерапия.* 2006. № 1. С. 12-17.
22. *Кулаков С.А., Ваисов С.Б.* Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб.: Речь, 2006. 240 с.
23. *Кулаков С.А.* Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб.: Речь, 2007. 294 с.
24. *Кэхеле Х., Казанская А.* Психотерапевтические исследования (тематическое ядро). Предисловие // *Иностр. психология.* 1996. № 7. С. 5-8.
25. *Лебедева Л.Д.* Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2007. 256 с.
26. *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено / пер. с нем. 2-е изд., испр. и доп. М.: Когито-Центр, 2007. 380 с.
27. *Лейтц Г.* Сыграть свою жизнь на сцене / пер. с фр. М.: Академический проект, 2008. 132 с.
28. *Лиманцев В.В.* Индивидуальная психотерапия опийной наркомании по методу символдрамы // *Психотерапия.* 2006. № 4. С. 32-35.
29. *Линде Н.Д.* Эмоционально-образная терапия: теория и практика. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2004. 255 с.
30. *Люборски Л.* Принципы психоаналитической терапии: руководство по поддерживающему экспрессивному лечению. М.: Когито-Центр, 2003. 256 с.

31. *Макаров В.В.* Формирование профессионального сообщества в психотерапии // Профессиональная психотер. газ. 2007. Ноябрь. С. 5-8.
32. *Максимова С.В.* Творческая активность у лиц с наркотической зависимостью // Вопр. психологии. 2006. № 1. С. 118-127.
33. *Менделевич В.Д.* Критерии эффективности терапии опиоидной зависимости в Российской Федерации в ракурсе доказательной медицины и мнения профессионалов // Психоневрология в совр. мире: материалы юбил. науч. сессии. СПб, 2007. С. 191-192.
34. *Менделевич В.Д.* Руководство по аддиктологии. СПб.: Речь, 2007. 767 с.
35. *Михайлов С.В.* Клинико-психологические характеристики и психотерапия больных героиновой наркоманией в программе долгосрочной реабилитации: автореф. дис.... канд. мед. наук. Самара, 2006.
36. *Морено Я.Л.* Психодрама / пер. с англ. Г. Пимочкиной, Е. Рачковой. 2-е изд., испр. М.: Психотерапия, 2008. 496 с.
37. *Морено З.Т.* Обзор психодраматических техник // Психодрама и совр. психотерапия. 2003. № 2-3. С. 4-15.
38. *Николаев Е.Л.* Интегративные тенденции психотерапии в контексте взаимодействия культур // Соц. и клини. психиатрия. 2005а. Т. 15, № 3. С. 63-68.
39. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
40. *Николаев Е.Л.* Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005б. № 14. С. 9-20.
41. *Николаев Е.Л.* Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чуваш. ун-та. 2005с. № 2. С. 90-99.
42. *Николс М., Шварц Р.* Семейная терапия. Концепции и методы / пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2004. 960 с.
43. *Пятницкая И.Н., Зобин М.Л.* Короткая амбулаторная программа лечения опийной наркомании в раннем постабстинентном периоде // Наркология. 2004. № 6. С. 52-56.
44. *Романова И.Е.* Психодрама с игрушками в преодолении кризиса детско-родительских отношений // Психотерапия. 2007. № 6. С. 37-40.
45. *Ромек В.Г.* Поведенческая психотерапия. М.: Академия, 2002. 192 с.

46. Семилет Н.В. Значение образов-символов и психодрама // Психодрама и совр. психотерапия. 2003. № 3. С. 28-35.
47. Суслова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
48. Титова В.В. Исследование эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф дис.... канд. мед. наук. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2004. 30 с.
49. Фридман Дж., Комбс Дж. Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия / пер. с англ. В.В. Самойлова. М.: Независимая фирма "Класс", 2001. 368 с.
50. Холмс П. Внутренний мир снаружи: теория объектных отношений и психодрама. М.: Независимая фирма "Класс", 1999. 288 с.
51. Шутценбергер А.А. Психодрама / пер. с фр. Г. Бутенко, К. Бутенко. М.: Психотерапия, 2007. 448 с.
52. Черников А.В. Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. 3-е изд., испр. и доп. М.: Независимая фирма "Класс", 2001. 208 с.
53. *American Journal of Psychotherapy.* 2004-2009. Vol. 58-63. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.ajp.org> (дата обращения 16.10.2009).
54. *Andreasen N., Carpenter W. Jr., Kane J. et al.* Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // *Amer. J. Psychiat.* 2005. P. 62-69.
55. *Blatner A.* Perspectives on Moreno, psychodrama and creativity // *J. Creat. Ment. Health.* 2005. Vol 1, N 2. P. 111-121.
56. *British Journal of Psychotherapy.* 2004-2009. Vol. 20-25. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.wiley.com> (дата обращения 16.10.2009).
57. *Doyle A.C., Pollack M.H.* Establishment of remission criteria for anxiety disorders // *J. Clin. Psychiatry.* 2003. Vol. 64. P. 40-45.
58. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.* 2005-2009. Vol. 66-70. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.jsad.com> (дата обращения 15.10.2009)
59. *Hubbard R.L., Craddock S.G., Anderson J.* Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS) // *J. Subst. Abuse Treat.* 2003. Vol. 25, N 3. P. 125-134.
60. *Luborsky L., McLennan A.T., Woody G.E.* Therapist success and its determinants // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985. Vol. 42. P. 602-611.

61. *McMaster S.A., Holleran L.K.* Incorporating 12-step group attendance in addictions courses: A cross-cultural experience // *J. Teach. Addict.* 2005. Vol. 4, N 2. P. 79-91.
62. *Miller W.R., Benefield E.G., Tonigan J.S.* Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles // *J. Consulting and Clinical Psychology.* 1993. Vol.61. P. 455-461.
63. *Molina B., Monteiro-Leitner J., Garrett M.T., Gladding S.T.* Making the connection: Interweaving multicultural creative arts through the power of group counseling interventions // *J. Creat. Ment. Health.* 2005. Vol. 1, N 2. P. 5-15.
64. *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: <http://www.nida.nih.gov> (дата обращения 16.10.2009).
65. *Powell D.J.* Men in groups: Insights and interventions // *J. Groups Addict. and Recov.* 2006. Vol. 1, N 1. P. 95-116.
66. *Ritsher J.B., Moos R.H., Finney J.W.* Relationship of treatment orientation and continued care to remission among substance abuse patients // *Psychiatr. Service.* 2002. Vol. 53, N 5. P. 595-601.
67. *Smith J.W., Frawley P.J.* Treatment outcome of 600 chemically dependent patients treated in multimodal inpatient program including aversion therapy and Pentothal interviews // *J. Subst. Abuse Treat.* 1993. Vol. 10 (4). P. 359-369.
68. *Stinchfield R., Owen P.* Hazelden's model of treatment and its outcome // *Addict. Behav.* 1998. Vol. 23, N 5. P. 669-683.
69. *Strupp H.H.* "Spontaneous Remission" and the nature of the therapeutic influence // *What is Psychotherapy?* Basel; Munchen; Paris; London; New York; Sidney: S. Karger, 1975. P. 390-392.
70. *Waska R.* Projective identification as an inescapable aspect of the therapeutic relationship // *Psychoanal. Soc. Work.* 2007. Vol. 14, N 2. P. 43-64.
71. *Wolberg L.R.* The technique of psychotherapy. N. Y.; San Francisco; London: Grune and Stratton, 1977. P. 245.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е.А. Колотильщикова

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

Начиная с 60-х гг. XX в. учеными в области психического здоровья проведены многочисленные психодиагностические исследования больных с невротическими расстройствами. Результаты некоторых из них не потеряли своей актуальности до сегодняшнего дня. Часть результатов перекликается с психодиагностическими исследованиями более широкой группы больных – больных пограничными психическими расстройствами, к которой относятся и больные невротическими расстройствами (Николаев Е.Л., 2007). Нам представляется важным привести в данной работе результаты некоторых из них, для того чтобы оценить устойчивость, воспроизводимость и согласованность полученных научных данных.

Патопсихологические исследования больных с невротическими расстройствами относительно немногочисленны и нередко сводятся к тому, что у этих пациентов отсутствуют выраженные нарушения познавательных процессов, однако имеет место ряд особенностей.

При изучении особенностей восприятия больных неврозами И.Н. Гильяшева (1969) учитывала их личностное отношение к объекту. Больным предъявлялись изображения предметов, различающихся по степени эмоциональной значимости. Среднее время узнавания изображений предметов у больных с невротическими расстройствами статистически достоверно превышало соответствующие показатели у здоровых испытуемых из-за воз-

растания времени максимальных экспозиций эмоционально-значимых изображаемых объектов.

Учеными отмечается также и личностно-мотивационная обусловленность мнестических процессов у больных с невротическими расстройствами (Карвасарский Б.Д., 2010). Одной из наиболее характерных особенностей является диссоциация между степенью выраженности жалоб на снижение памяти и противоречащими им данными экспериментальных исследований, особенно это свойственно пациентам с истерическими расстройствами. При оценке этих результатов существенное значение приобретает учет отношения больных к эксперименту. Показатели памяти оказываются при неврозе различными, например в случае установки на роль тяжелого "органического" больного и у пациента, стремящегося "доказать", что он не страдает психическим заболеванием.

Изложение результатов исследований личности больных с невротическими расстройствами с позиций типологического подхода с помощью такого широко известного опросника, как ММРІ, крайне затруднено в виду существования большого количества вариантов этого метода и разных интерпретационных схем, предлагаемых различными авторами. В нашей стране существует три наиболее распространенные адаптированные версии ММРІ: первые публикации принадлежат Ф.Б. Березину и М.П. Мирошникову (1967), предложенная ими оригинальная интерпретация шкал опросника вытекает из единого принципа – оценки профиля с точки зрения степени психической адаптированности испытуемого. Главными симптомами и признаками нарушения адаптации являются тревожные и депрессивные тенденции как субъективное отражение нарушения психологического и психофизиологического равновесия (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В., 1976). Две другие версии появились практически одновременно в ходе работ над адаптацией полного текста ММРІ, проводимых независимо в Ленинграде и в Москве, где Л.Н. Собчик (1971) были предложены собственные интерпретационная схема и названия шкал, приспособленные к характеристике личности здорового контингента испытуемых, в этом варианте опросник получил также другое название – СМІЛ (Стандартизированный многофакторный метод ис-

следования личности). В Институте имени В.М. Бехтерева полный текст ММРІ апробировался на больных разных нозологических групп (Беспалько И.Г., Гильяшева И.Н., 1971), проводилась его стандартизация на нормативной выборке, однако, к сожалению, не была разработана и опубликована система интерпретации метода. С учетом того что разные авторы используют различные версии ММРІ, в литературе появляются противоречивые данные использования этого метода в группе больных с невротическими расстройствами, еще большая путаница возникает при попытке интерпретировать полученный материал.

Так, Л.Н. Собчик (2007) указывает, что независимо от формы невроза общим для острого невротического состояния является наличие в профиле СМІЛ пиков по шкалам невротической триады (1-й, 2-й и 3-й) с сопутствующим пиком по 7-й шкале. Автор также отмечает, что, "чем более выражена острота состояния, тем выше пик по 2-й шкале. Хроническая дезадаптация характеризуется высоким плато по 7-й и 8-й шкалам – выше 70 Т" (Собчик Л.Н., 2007). Невротическое развитие проявляется незначительным повышением по 2-й и 7-й шкалам и некоторым (вторичным) повышением по 4-й, 6-й, 9-й, 0-й шкалам, при этом такой профиль становится стабильным, без признаков позитивной динамики. Из приводимых данных делается вывод, что больные с невротическими расстройствами отличаются зависимостью от социальных норм и запретов, склонностью к глубоким чувствам и саморефлексии, а также эмоциональной и вегетативной неустойчивостью.

А. Кокошкарлова (1983) дифференцирует легкую и тяжелую степень невротического состояния, для первого варианта характерно повышение шкал невротической триады до 70-80 Т-баллов, для второго – превышение показателей 1-й, 2-й и 3-й шкал уровня в 80 Т-баллов и присоединения подъема по 7-й шкале. Автор также выделяет присущие разным формам невроза типы профиля: истерические нарушения сопровождаются так называемым "конверсионным зубцом" (или "конверсионной V") – сочетание подъема профиля по 3-й и 1-й шкалам и снижением по 2-й; больные с тревожно-фобическим синдромом характеризуются высокими показателями 7-й и 2-й шкал с преобладанием первой, если данный симптомокомплекс сопровож-

дается опасениями за состояние своего здоровья, то наблюдается пик профиля и на 1-й шкале.

Исследования больных с невротическими расстройствами, проведенные в клинике неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева, также отражают довольно разнородные данные: И.А. Винкшна (1974) отмечает пики профиля по 2-й, 6-й, 4-й и 3-й шкалам; В.А. Абабков (1993) при изучении патоморфоза неврозов указал, что для больных с истерической формой расстройства характерно повышение показателей 2-й, 4-й и 6-й шкал, пациентам с неврастенией свойственны высокие значения 2-й, 4-й и 3-й шкал, а больным с неврозом навязчивых состояний – 2-й, 1-й, 6-й и 7-й, во всех группах значения остальных параметров превышали значения в 60 Т-баллов.

Таким образом, в условиях клиники пограничных нервно-психических расстройств использование теста ММРІ для оценки структуры личности усредненной группы больных представляется довольно ограниченным, что, однако, не умаляет достоинств метода при индивидуальном тестировании.

Изучение структуры личности больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц с помощью психодиагностической методики ISTA показало уменьшение конструктивного компонента агрессии в указанной нозологической группе при одновременном увеличении дефицитарного, кроме того, отмечалось снижение показателей конструктивных внешнего и внутреннего Я-отграничения, значимое увеличение уровня деструктивной тревоги. Полученные данные характеризуют больных неврозами как лиц с доминированием пассивно-оборонительного стиля реагирования, при этом снижение психической активности на уровне поведения сочетается с повышением интенсивности эмоциональных переживаний (Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003).

Большое внимание отечественными исследователями уделялось изучению системы психической адаптации у больных с невротическими расстройствами, имеющей в основе механизмы психологической защиты и совладания (копинг-поведения).

Большинство ученых признаёт адаптивную функцию механизмов психологической защиты, заключающуюся в предохранении сознания индивида от болезненных чувств и воспомина-

ний (Бассин Ф.В., 1969; Мягер В.К., 1983; Соколова Е.Т., 1989; Ташлыков В.А., 1992, и др.), однако у пациентов с невротическими расстройствами, особенно при проведении психотерапевтической работы, защита создает определенные препятствия, обеспечивая сопротивление переработке психотравмирующего содержания переживаний. В.А. Ташлыков (1984, 1992) выделил различные стили невротического функционирования для трех основных форм невроза с преобладанием тех или иных сочетаний механизмов психологической защиты и совладания. Так, для больных неврастением в начале заболевания характерно использование активных копинг-механизмов, таких, как "переклочение мыслей на более важные, чем болезнь, размышления; уход в работу, деятельность какого-либо рода; сохранение самообладания" (Ташлыков В.А., 1992. С. 7), по мере хронизации заболевания эти формы поведения сменяются преобладанием таких пассивных защитных механизмов, как вытеснение (подавление), отрицание, рационализация, идентификация. Для больных с истерическим неврозом наиболее типичными оказались вытеснение, а также реактивные образования, проекция и регрессия. Защитные механизмы – интеллектуализация и изоляция аффекта – свойственны больным неврозом навязчивых состояний. Дальнейшие исследования механизмов психологической защиты у больных с невротическими расстройствами были достаточно разноречивыми. Так, Л.И. Вассерман с соавт. (1998) указывают, что больные неврозами меньше, чем здоровые, используют отрицание и больше – замещение, проекцию, вытеснение. Авторы делают вывод о том, что дезадаптированность исследованных пациентов характеризуется не столько отсутствием высоких оценок по интеллектуализации и отрицанию, свойственным испытуемым контрольной группы, сколько сверхнапряженным использованием механизмов замещения, проекции, вытеснения. В работе А.В. Рыжик (2005) эти положения подтвердились лишь частично: у больных неврозами по сравнению со здоровыми лицами диагностировались достоверно более высокие значения показателей регрессии, компенсации, проекции, реактивные образования, замещение. Создается впечатление, что единого механизма (или единой группы защит), свойственного больным с невротическими расстройствами, ко-

которые устойчиво воспроизводились бы в эксперименте, на сегодняшний день выделить не удастся.

Исследования копинг-поведения у больных невротизмом проводились Р.К. Назыровым (1993), Н.М. Веселовой (1994), Л.М. Таукеновой (1995), Е.Л. Николаевым (2006), Е.С. Суслевой и Е.Л. Николаевым (2006) и др.

Наиболее масштабное исследование механизмов совладания у больных невротизмом провел Е.И. Чехлатый (2007), показавший, что обозначенные пациенты достоверно реже, чем здоровые люди, используют адаптивные эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии. В плане когнитивных механизмов копинга указанные больные, напротив, демонстрировали более адаптивное поведение сравнительно со здоровыми лицами. Автор также делает вывод о том, что механизмы психологической защиты и копинг-поведение находятся в определенной взаимосвязи. Так, регрессия оказывает влияние на формирование копинг-стратегий "бегство-избегание" и "дистанцирование", а "интеллектуализация" способствует выбору копинг-стратегий "планирование решения проблемы".

В работах Н.В. Тарабриной (1973, 1984) была показана высокая диагностическая ценность Теста рисуночной фрустрации S. Rosenzweig в дифференциации больных истерией и невротизмом. Так, у пациентов с истерическими расстройствами устойчиво обнаруживалось "повышенное значение показателей экстрапунитивного направления реакций (E) и типа реакций "с фиксацией на препятствии" (OD) как по сравнению с соответствующими показателями группы больных невротизмом, так и в сравнении с группой здоровых лиц" (Тарабрина Н.В., 1984). Характеризуя группу больных с невротическими расстройствами в целом, автор указывает, что за исключением интропунитивного направления (I) и типа реакции "с фиксацией на самозащите" (ED), их профиль фрустрационных реакций статистически достоверно отличается от такового в контрольной группе здоровых лиц. У изученных пациентов доминирует тип реакций "с фиксацией на удовлетворении потребностей" (NP), т.е. для больных невротизмом более характерно в ситуации фрустрации требование помощи от другого лица для ее разрешения. Одновременно наблюдались значимые различия по показателю GCR, который

статистически достоверно меньше у больных с невротическими расстройствами по сравнению с контрольной группой здоровых.

Исследования, проводимые в рамках изучения уровня локуса контроля, являющегося частью теории социального научения J.B. Rotter (1954, 1982), показывают, что "вероятность появления психических заболеваний у интерналов ниже, чем у экстерналов" (Hjelle L.A., Ziegler D.J., 2006). Люди с внешним локусом контроля чаще сталкиваются с различными психологическими проблемами, и у них выше уровень тревоги и депрессии (Phares E.J., 1978; Lefcourt H.M., 1982; Parkes K.R., 1984). В нашей стране исследования уровня субъективного контроля у больных с невротическими расстройствами проводятся с середины 1980-х гг., при этом все авторы устойчиво указывают на преобладание экстернального локуса контроля (Голынкина Е.А., 1992; Абабков В.А., 1993; Федоров А.П., 1995, и др.).

Исследование динамики уровня субъективного контроля у больных с невротическими расстройствами показало, что общая интернальность была низкой и практически не менялась с 1980-х по 2009 год (Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., 2010). Пациенты обследованной клинической группы, независимо от временного периода, не были готовы принимать на себя ответственность за отрицательные события в своей жизни, и в силу своей конформности и зависимости не обладали стойкостью перед лицом неблагоприятных внешних обстоятельств (невезения, трагедий, стрессов и трудностей).

Изменения коснулись только отдельных составляющих локус-контроля. Уровень субъективного контроля в семейных и производственных отношениях, а также в области здоровья и лечения у пациентов, находившихся на лечении в отделении неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева в 2007-2009 гг., был ниже, чем в середине и конце 1980-х гг. Больные с невротическими расстройствами в 1980-х гг. были более расположены брать на себя ответственность за события, происходящие в их жизни, лучше адаптированы, нежели представители той же клинической группы в 1990-х и в начале 2000-х гг., которые в большей степени стремились приписывать ответственность внешним факторам.

У больных невротизмом в начале 2000-х гг. уровень интернальности был выше в области здоровья и лечения, в сфере достижений и межличностных отношений по сравнению с 1990-ми гг. В 1990-х гг., в противоположность остальным исследованным временным периодам, пациентам был свойствен наиболее высокий внешний локус-контроль, который проявляется прежде всего в атрибуции социальной ответственности, настороженном и боязливом отношении к внешнему миру и окружающим, неуверенностью в себе. По всей видимости, данный факт обусловлен тем, что в 1990-х гг. в России происходила смена общественно-политического строя с социалистического на капиталистический, и другие во многом кризисные социально-экономические перемены.

Изучение уровня психической ригидности у больных с невротическими расстройствами с помощью Томского опросника ригидности (ТОР) (Залевский Г.В., 1993, 2000) показало, что по сравнению с группой здоровых людей у указанных пациентов параметры интенсивности и глубины психической ригидности оказались значительно выше, особенно в эмоциональной подструктуре личности. Кроме того, больные невротизмом оказались более однородной, чем контрольная, группой, для которой психическая ригидность выступает более очевидно как общее свойство.

Проводимое в рамках адаптации Торонтской алекситимической шкалы (TAS) исследование уровня алекситимии у больных невротизмом и здоровых лиц показало статистически достоверные различия между этими выборками (Ересько Д.Б., Исурина Г.Л. и др., 2005). В контрольной группе указанный показатель составил $59,3 \pm 1,3$ балла, а у пациентов с невротическими расстройствами – $70,1 \pm 1,3$. Авторам удалось также доказать, что высокая степень алекситимии связана у больных невротизмом с повышенным уровнем невротичности и соматизации, определяемым с помощью симптоматического опросника Александровича, низкой способностью к воображению, и с правополушарным типом функциональной межполушарной активности головного мозга.

Л.И. Вассерман, В.В. Бочаров и др. (1994) на основании обследования 92 больных невротизмом с помощью методики интерперсональных отношений Т. Leary установили, что для указан-

ной группы пациентов характерны уступчивость, кротость, пассивность, подчиняемость, несамостоятельность, конфликтность, наряду со скептицизмом, негативизмом и упрямством, в то же время в самооценках своих коммуникативных качеств больные неврозами подчеркивают, что им несвойственны склонность к доминированию, уверенность в себе и отзывчивость. Анализ самооценок "идеального Я" обнаружил, что пациенты с невротическими расстройствами хотели бы быть гораздо менее зависимыми и конформными, более самостоятельными, сохраняя отзывчивость, бескорыстие и добросердечность. По данным исследования, они характеризовались существенной рассогласованностью самооценок желаемых и реальных качеств, хотя большинство используемых в их описаниях характеристик не выходит за так называемый нормативный уровень.

С целью изучения динамики социально-психологических особенностей личности больных с невротическими расстройствами проводился сравнительный анализ основных психосоциальных качеств личности больных неврозами и нормативной выборки здоровых испытуемых с помощью Гиссенского личностного опросника (Мизинова Е.Б., Колотильщикова Е.А., 2009). Сопоставлялся характер и степень выраженности основных социально-психологических переменных, определяемых с помощью Гиссенского личностного теста, у пациентов с невротическими расстройствами, находившимися на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева в 2007-2009 гг. и за период с середины 1980-х по начало 2000-х гг. (Носков Г.Г., 1987; Голынкина Е.А., 1992; Аристова Т.А., 1999; Захарова М.Л., 2001).

Было выявлено, что существуют достоверные различия между больными с невротическими расстройствами и респондентами нормативной выборки по таким характеристикам социально-психологических особенностей личности, как представления о преобладающем настроении, доминирование, самоконтроль и замкнутость. Указанным пациентам в большей степени свойственны такие личностные особенности, отождествляющиеся с психосоциальными защитными формами поведения, как доминантность, недружелюбие, притязания на первенство в коллективе, что сочеталось у них с повышенным самоконтролем (акку-

ратностью, склонностью к сдержанному поведению) и замкнутостью, недоверчивостью. Пациенты с невротическими расстройствами были менее, чем здоровые, уверены в своей положительной социальной репутации, уважении и высокой оценке других людей, они отличались меньшим развитием своих социальных способностей.

В ходе сравнительного исследования определялись общие незначительные изменения средних значений шкал Гиссенского личностного теста у всех обследованных больных с невротическими расстройствами в период с 1980-х годов по 2009 год. Больные невротизмом в 2007-2009 гг., в сопоставлении с пациентами середины 1980-х гг., были более неуверенны, критичны к себе и своим возможностям, у них отмечался более высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности собой и пессимистической оценки своих перспектив, т.е. у них диагностировалось значимо более выраженное депрессивное состояние. В конце 1990-х гг. больные с невротическими расстройствами, проходившие лечение в отделении неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева, отличались от пациентов с невротизмом в 2007-2009 гг. меньшей психологической зрелостью, социальной компетентностью, развитостью социальных навыков и способностей, они в меньшей степени стремились к теплым длительным партнерским отношениям, внешние стрессовые обстоятельства негативно влияли на их психическое состояние, делая более тревожными, замкнутыми, подавленными, блокируя социальную активность, инициативность, проявление агрессивных чувств.

Таким образом, депрессивный фон преобладающего настроения оказался более выраженным в 2007-2009 гг. в сопоставлении с серединой 1980-х гг., но полюс доминирующего настроения сместился в сторону большей оптимистичности по сравнению с больными невротизмом конца 1990-х и начала 2000-х гг. Вероятно, политические, социально-экономические и другие перемены, происходившие в России в 1990-х и начале 2000-х гг. обусловили рост уровня депрессивности, недоверия и закрытости, инициировали снижение уверенности в себе, своей социальной привлекательности и способностях у пациентов с невротическими расстройствами.

Г.С. Соколовой (1971) и И.А. Винкшной (1971) проводилось исследование системы отношений больных неврозами с помощью методики незаконченных предложений. Эти данные сопоставлялись с результатами клиникo-психологических исследований по оценке лечащих врачей, и был отмечен высокий процент совпадений показателей. Авторы выделили области отношений, отличающиеся наибольшей степенью нарушений – это самооценка, жизненные цели (отношение к будущему, нереализованные возможности) и отношение к родным.

Исследование самоотношения больных невротическими расстройствами проводилось в работах Е.С. Суслевой и Е.Л. Николаева (2009), Е.Л. Николаева с соавт. (2012). Установлено, что эмоционально-оценочная система самоотношения при невротических расстройствах характеризуется низким уровнем самоосознанности. При дифференцированном варианте дискурсивного типа пациенты отличаются высоким уровнем закрытости, нежеланием продуктивно обсуждать собственную личность и ее проблемы. Недостаточное принятие собственной личности сопровождается у пациентов при диффузном варианте дискурсивного типа актуализацией потребности в тесном общении и понимании. Уважение к собственной личности при диссоциированном варианте дискурсивного типа определяется не системой внутренних ориентиров, а результатами оценки окружающими при межличностном общении.

Изучению ценностных предпочтений у пациентов с невротическими расстройствами посвящены относительно немногочисленные работы отечественных ученых (Кошечев А.Н., 1989; Тер-Багдасарян Л.П., 1990; Абабков В.А., 1993). Исходя из полученных авторами данных, сфера ценностных ориентаций у больных неврозами является малодинамичным (практически не видоизменяется с течением времени) образованием, в котором ведущее место отводится здоровью, любви и счастливой семейной жизни.

Сравнительное исследование ценностных ориентаций пациентов с невротическими расстройствами и больных шизофренией (Голенищенко А.В. и др., 2009) показало, что первые по сравнению с пациентами с шизофренией больше ориентированы на внутреннюю гармонию, свободу от внутренних противоре-

чий, сомнений; счастливую семейную жизнь; отсутствие материальных затруднений; здоровье (физическое и психическое), а также на духовную и физическую близость с любимым человеком. В связи с этим можно говорить о большей нормативности, социальной приемлемости смысловых ценностных ориентаций больных невротическими расстройствами, по сравнению с пациентами с шизофренией.

Для больных неврозами более значимыми являются ценности самоутверждения: суверенность, способность функционировать независимо и твердо, смелость в отстаивании своего мнения, взглядов и убеждений, твердая воля, умение настаивать на своих воззрениях, не отступать перед трудностями. Для них также более важную роль играют этические операциональные ценности – ответственность, чувство долга, умение держать свое слово, честность, правдивость и искренность, а также способность трезво и логично размышлять, выводить взвешенные, целесообразные заключения.

И.Н. Гильяшева (1969, 1983) провела исследование особенностей интеллектуальной деятельности больных неврозами с помощью Шкалы интеллекта для взрослых D. Wechsler (WAIS). Выяснилось, что показатели итоговой вербальной оценки IQ достоверно отличают пациентов с истерией и психастенией (неврозом навязчивых состояний), у последних они самые высокие. Полярными по успешности выполнения невербальных заданий оказались больные неврастенией (высокие значения итоговой невербальной оценки) с одной стороны, и психастенией и истерией – с другой. Автор пишет: "больных психастенией можно характеризовать абстрактно-логическим подходом, продуктивным при выполнении многих вербальных заданий и малопродуктивным при выполнении невербальных, особенно конкретных ... Больных истерией характеризует конкретно-образное, импульсивное и эгоцентрическое мышление, что снижает их результаты в большинстве и вербальных, и невербальных заданий. Больные неврастенией характеризуются хорошим балансом абстрактно-логического и образно-действенного мышления, и, хотя они выполняют вербальные задания несколько хуже больных психастенией, это компенсируется хорошим выполнением невербальных, так что общий уровень интеллекта

(IQ) по методике Векслера у этих групп больных примерно одинаков" (Гильяшева И.Н., 1983. С. 150-151).

В описываемом исследовании, с целью экспериментального подтверждения выдвигаемой многими авторами гипотезы о существовании тесной связи между личностными особенностями и характеристиками интеллектуальной деятельности, был проведен факторный анализ (методом главных компонент). Первый фактор, интерпретированный как фактор общего интеллекта, включал в себя полную оценку IQ, итоговые вербальную и невербальную оценки, а также отдельные субтесты – "Сходства", "Общая понятливость", "Словарь" и "Узор из кубиков", высокие показатели по этому фактору объединили больных психастенией и неврастенией. Второй фактор, интерпретированный как "имеющий отношение к индивидуальному типу как интеллекта, так и личности в целом", биполярен, он отрицательно коррелирует с вербальными субтестами, и положительно – с невербальными. Распределение по этому фактору больных с невротическими расстройствами резко выделило несколько испытуемых с отрицательным его значением, все они оказались пациентами с психастенией. Совместная факторизация параметров шкалы D. Wechsler и личностного опросника Н.Ж. Eysenck показала отсутствие значимых корреляций между этими методиками, однако была выявлена положительная связь ($r=+0,66$) показателя экстраверсии по Н.Ж. Eysenck со вторым фактором интеллекта. Автор считает, что полученные данные "свидетельствуют о наличии в интеллекте фактора, связанного с типом личности, в частности с таким свойством, как экстраверсия – интроверсия, и позволяют выявить специфические особенности интеллекта и личности при разных формах невроза" (Гильяшева И.Н., 1983. С. 152).

Таким образом, анализ множества отечественных исследований, посвящённых психодиагностическому исследованию больных невротическими расстройствами показал, что к настоящему времени достаточно подробно изучена структура личности больных указанной клинической группы, используемые ими механизмы психологической защиты и копинг-стратегии, особенности фрустрационного реагирования. Описаны результаты исследований, проводимых в рамках изучения локуса кон-

троля, в том числе исследования уровня субъективного контроля у больных с невротическими расстройствами в динамике в последние десятилетия, система отношений личности. Подробно рассмотрены работы по изучению особенностей интеллектуальной деятельности больных неврозами с помощью Шкалы интеллекта для взрослых. Изложены результаты других патопсихологических и экспериментально-психологических исследований пациентов с невротическими расстройствами, что является основой для более глубокого понимания механизмов формирования невротических расстройств и разработки программ их лечения и профилактики.

Литература

1. *Аббаков В.А.* Патоморфоз неврозов: дис.... д-ра. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1993. 335 с.
2. *Алекситимия* и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ерьско, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский и др. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2005. 25 с.
3. *Аристова Т.А.* Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией: дис.... канд. психол. наук. СПб., 1999. 196 с.
4. *Бассин Ф.В.* О силе "Я" и психологической защите // *Вопр. философии.* 1969. № 2. С. 118-125.
5. *Березин Ф.Б., Мирошников М.П.* Тест ММРІ как метод объективной оценки психофармакологического эффекта // *Современные психотропные средства. Диапазон действия и методы оценки.* М., 1967. С. 47.
6. *Березин Ф.Б.* Методика многопрофильного исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. М., 1976. 176 с.
7. *Беспалько И.Г., Гильяшева И.Н.* О некоторых методических и диагностических возможностях применения ММРІ // *Журн. невропатол. и психиатр. имени С.С. Корсакова.* 1971. Вып. 12. С. 1850-1857.
8. *Веселова Н.М.* Особенности психологических конфликтов и копинг-поведения у лиц, обращающихся за психологической консультативной помощью и больных неврозами: автореф. дис....

- канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1994. 24 с.
9. *Винкина И.А.* К характеристике системы отношений личности больных, страдающих неврозами // *Клин.-психол. исслед. личности.* Л., 1971. С. 87-89.
 10. *Винкина И.А.* Клинико-психологический анализ особенностей личности больных неврозами в связи с задачами диагностики и психотерапии в условиях психоневрологического диспансера: автореф. дис... канд. психол. наук. Л., 1974. 20 с.
 11. *Гильяшева И.Н.* Интеллект и личность при неврозах // *Исследование личности в клинике и экстремальных условиях.* Л., 1969. С. 151-165.
 12. *Гильяшева И.Н.* Вопросники как метод исследования личности // *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова.* Л.: Медицина, 1983. С. 62-81.
 13. *Гильяшева И.Н.* Исследования интеллекта // *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова.* Л.: Медицина, 1983. С. 145-156.
 14. *Гольнкина Е.А.* Динамика социально-психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии: дис.... канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1992. 168 с.
 15. *Залевский Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии. Томск: Изд-во ТГУ, 1993. 272 с.
 16. *Залевский Г.В.* Томский опросник ригидности // *Сибирский психол. журн.* 2000. Вып. 12. С. 138-145.
 17. *Захарова М.Л.* Исследование дисфункциональных отношений у больных неврозами и их динамики в процессе психотерапии: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2001. 230 с.
 18. *Кабанов М.М.* Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2003. С. 339-340.
 19. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология: учебник для вузов / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. 4-е изд., перераб. СПб.: Питер, 2010. 864 с.
 20. *Кокошкарлова А.* Психодиагностика на неврозите и неврозоподобныи съостояния. София: Медицина и физкультура, 1983. С. 172-184.

21. *Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б.* Сравнительное исследование локуса контроля у больных с невротическими расстройствами в период социально-экономических перемен // Вестник Пятигор. гос. лингв. ун-та. 2010. № 2. С. 329-332.
22. *Коцеев А.Н.* Особенности социально-трудовой адаптации больных неврозами (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб., 1989. 25 с.
23. *Мизинова Е.Б., Колотильщикова Е.А.* Динамика социально-психологических характеристик личности больных с невротическими расстройствами в период с середины 1980-х по 2009 гг. и их влияние на степень выраженности психопатологической симптоматики // Сиб. психол. журнал. 2009. № 33. С. 44-50.
24. *Мягер В.К.* Психогигиена и психопрофилактика / под ред. В.К. Мягер. Л., 1983. 146 с.
25. *Назыров Р.К.* Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами: автореф. дис.... канд. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1993. 20 с.
26. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В.* Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 148 с.
27. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
28. *Николаев Е.Л.* Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 8-49.
29. *Носков Г.Г.* Клинико-психологические особенности механизмов формирования невротической тревожности при основных формах неврозов: дис.... канд. мед. наук. Л., 1987. 187 с.
30. *Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др.* СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1998. 48 с.
31. *Рыжик А.В.* Особенности защитно-совладающего поведения у больных неврозами и их психофизиологические корреляты: дис.... канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 2005. 163 с.
32. *Собчик Л.Н.* Пособие по применению психологической методики ММРІ. М., 1971. 63 с.

33. *Собчик Л.Н.* Психодиагностика в медицине: практическое руководство. М.: Боргес, 2007. 416 с.
34. *Соколова Г.С.* О возможности использования методики незаконченных предложений для характеристики системы отношений личности больных неврозами // Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971. С. 191-193.
35. *Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989. 215 с.
36. *Сравнительное* исследование структуры ценностных ориентаций больных шизофренией и невротическими расстройствами / А.В. Голенищенко, Е.А. Колотильщикова, А.Е. Строганов, Е.И. Чехлатый // Вестник психотерапии. 2009. № 31 (36). С. 73-83.
37. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костром. гос. ун-та имени Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328-332.
38. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
39. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: метод. рекомендации. Л., 1984. 13 с.
40. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояний фрустрации и эмоционального стресса при неврозах: автореф. дис.... канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. Л., 1973.
41. *Таукенова Л.М.* Кросскультуральное исследование личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами: автореф. дис.... канд. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1995. 17 с.
42. *Ташлыков В.А.* Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. 182 с.
43. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей. СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1992. 23 с.
44. *Тер-Багдасарян Л.П.* Исследование динамики клинических и психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии: автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб., 1990. 25 с.
45. *Тестовая* методика для исследования межличностных отношений и её компьютерная версия: метод. пособие / Л.И. Вассерман,

- В.В. Бочаров, С.В. Ткаченко, К.Р. Червинская. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1994. 20 с.
46. *Федоров А.П.* Затяжные невроты и их психотерапия: дис.... д-ра. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1995. 359 с.
 47. *Чехлатый Е.И.* Совладающее поведение у больных невротами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств: автореф. дис.... д-ра. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 2007. 58 с.
 48. *Хьелл Л.А. (Hjelle L.A.), Зиглер Д.Дж. (Ziegler D.J.)* Теории личности. 3-е междунар. изд. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
 49. *Lefcourt H.M.* Locus of control: current theory and research. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1982.
 50. *Parkes K.R.* Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes // J. of Personality and Social Psychology. 1984. Vol. 46. P. 655-668.
 51. *Phares E.J.* Locus of control // Dimensions of personality / Eds. H. London, J.E. Exner Jr. N.Y.: Wiley, 1978. P. 263-304.
 52. *Rotter J.B.* Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1954.
 53. *Rotter J.B.* The development and applications of social learning theory: selected papers. N.Y.: Praeger, 1982.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ И РЕСУРСЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

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

Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), понимаемых не как причина патологического состояния, а как условия и обстоятельства, характеристики и свойства организма и личности, увеличивающие вероятность заболевания, играет чрезвычайно важную роль в научных исследованиях кардиальной патологии, поскольку создает основу для организации эффективной системы профилактики среди различных групп населения.

К общепринятым факторам риска ССЗ сегодня учёные относят курение, повышенное давление, гиперхолестеринемию и сахарный диабет. Они составляют 75-90 % факторов риска заболеваемости ИБС по отдельности или в совокупности. В то же время идет интенсивный поиск других управляемых факторов риска ССЗ – генетических аномалий, маркеров воспаления, специфических липидов и липопротеинов и др. Тем не менее значимость психосоциальных факторов в развитии ССЗ и их прогнозе не снижается (Franklin В.А., 2009). В отличие от биологических факторов риска их можно считать предикторами ССЗ (Katsarou А.Л., Triposkiadis F., Panagiotakos D., 2012).

Изучение факторов риска ССЗ может также проходить в рамках исследования специфики кардиометаболического синдрома. В связи с этим научный интерес представляет обзор А.Н. Алёхина и Е.А. Трифионовой (2012), в котором представлена история изучения и современные исследования влияния психологических факторов на риск кардиометаболических расстройств, проанализированы личностные, клинко-психопатологические, ситуационные и когнитивно-поведенческие факторы риска, отмечены недостатки современных исследований, подчеркнута необходимость интеграции раз-

личных подходов в психосоматике и более широкого использования индивидуально-ориентированных исследований.

Стрессовые воздействия. Хронический стресс повседневной жизни, в основном связанный с профессиональной деятельностью, является одним из значимых факторов риска ССЗ (Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J., 1999; Wu Z.S., 2001).

Изучение проблемы стресса как фактора риска требует уточнения вида стресса – супружеского, рабочего и т.д. Концепция "воспринимаемого стресса" ("perceived stress") позволяет углубить представления о том, как личность активно взаимодействует со своим окружением, как она воспринимает события – потенциально угрожающими или бросающими вызов, в свете возможностей копинг-ресурсов (Katsarou A.L., Triposkiadis F., Panagiotakos D., 2012).

Патофизиологические механизмы, лежащие в основе негативного влияния стресса, могут реализовываться двояко: опосредованно, через саморазрушающее поведение (например, курение) или напрямую, воздействуя на тромбоциты или нейроэндокринную активность организма. Результаты применения современных технологий исследования свидетельствуют о том, что острый стресс с учетом индивидуальной реактивности симпатической нервной системы запускает ишемию миокарда, способствует аритмогенезу, активизирует функцию тромбоцитов и увеличивает вязкость крови. Исследования указывают на предшествующие эффекты дисфункции и повреждения эндотелия сосудов, вызванные острым стрессом (Hornstein C., 2004).

Личностные особенности. Исследование здоровой популяции с помощью психофизиологических критериев показало наибольший риск развития артериальной гипертензии и ИБС у лиц с наличием интрапсихических конфликтов. Они нуждаются в индивидуальной, интенсивной и длительной психотерапевтической коррекции выявленных нарушений функционального состояния организма. Меньший риск возникновения сердечно-сосудистой патологии у здоровых лиц с повышенной невротизацией и тревожностью, но без полярных интрапсихических черт, которым также показана коррекция обнаруженных психофизиологических изменений с помощью традиционных методов психотерапии (Кодочигова А.И., 2005).

В работе Н.Ю. Кувшиновой (2011) определены особенности психологического статуса пациентов с различными клиническими формами ИБС. Для большинства больных характерны сниженная эмоциональная устойчивость, подозрительность, фрустрированность, склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность с преобладанием реакций тревожной оценки перспективы и эмоционального дискомфорта, симптомы депрессивного спектра, дисгармоничные типы отношения к болезни. Межличностные отношения больных ИБС характеризуются напряженностью, преобладанием у большинства пациентов автократичности и конкурентности. В структуре объяснительных стилей отмечается наличие пессимистических тенденций.

В работе В.Я. Варлаковой (2007) разграничены два типа больных ИБС. У больных ИБС стенического типа отмечаются следующие психологические и психофизиологические факторы: высокий уровень сенситивной ригидности, высокий уровень невротической астении, склонность к накоплению аффекта, возбудимость личности, личностная склонность к сверхконтролю, а также значительная межполушарная асимметрия функциональной активности мозга с избыточной активностью правого полушария и снижением активности левого полушария. Астенический тип больных ИБС включает в себя следующие психологические и психофизиологические факторы: ригидность личностной позиции, которая проявляется в широком спектре ситуаций, средний уровень невротической астении, личностная пассивность, демонстративность, высокая индивидуалистичность, а также снижение функциональной активности правого и левого полушарий мозга (Варлакова Я.В., 2007).

В диссертационном исследовании А.А. Меркурьевой (2009) уточняются характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ИБС с болевым и безболевым вариантами течения. Установлено, что больных ИБС по сравнению со здоровыми лицами характеризуют: повышенный уровень активности и агрессивности, эмоциональная неустойчивость, а также ипохондричность, сниженное настроение, переживание дискомфорта. В структуре личности и эмоциональной сфере больных ИБС с болевым вариантом течения отмечаются: целеуст-

ремленность, властность, склонность к доминированию, эмоциональная неустойчивость, лабильность, а также о склонность к "уходу" в болезнь, ипохондричность. Больные ИБС характеризуются повышенным уровнем дефицитарной агрессии, т.е. склонны подавлять свои агрессивные побуждения, либо недостаточно их реализовать в связи с отсутствием соответствующих поведенческих навыков. Склонность к подавлению агрессии сочетается с повышенным контролем агрессивного поведения (Меркурьева А.А., 2009).

В работе Т.В. Чапалы (2012) установлено, что такие психологические особенности, как агрессия, враждебность, депрессия, чувство обиды, у большинства пациентов с ИБС возрастают соответственно увеличению тяжести клинической формы болезни, одновременно являясь следствием тяжелой соматической патологии (соматопсихические влияния) и психологическими факторами риска развития негативной клинической динамики заболевания (психосоматические влияния).

При оценке соотношения клинических характеристик и отношения к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий установлено, что больные характеризуются повышенной тревожностью и фрустрированностью ситуацией болезни. Выявлены взаимосвязи между клиническими характеристиками заболевания и психологическими характеристиками пациентов. Больные с малосимптомной формой менее тревожны, чем симптоматичные пациенты, однако менее информированы о заболевании, менее привержены лечению. Пациенты с четкой локализацией симптомов в области сердца более тревожны, чем пациенты с разнообразными специфическими и неспецифическими жалобами. У пациентов с постоянной формой фибрилляции более выражены пессимистические тенденции в личностной реакции на заболевание и лечение, чем у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции. При идиопатической форме фибрилляции предсердий более выражены сенситивные, эгоцентрические и паранойяльные тенденции в отношении к болезни. Продолжительность заболевания положительно связана с информированностью о нем и приверженностью к лечению и со склонностью к чрезмерной сосредоточенности на симптомах и необоснованному ограничению активности. У пациентов, имеющих опыт не-

достаточно эффективного лечения методом катетерной аблации, более выражены сенситивные тенденции в отношении к болезни (Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н., 2011).

У больных хронической сердечной недостаточностью в состоянии декомпенсации выявляются личностные особенности и состояния в виде недостаточного отреагирования агрессивных побуждений, высокой тревожности, неадекватно завышенной самооценки, экстернальной локализации контроля над значимыми жизненными событиями, интровертированности и нивелирования стиля "самопобуждения к интенсивной деятельности" (Михайлова Т.В., 2006).

Аффективная сфера личности. Важность изучения связей между сердечно-сосудистыми заболеваниями и стилевыми характеристиками эмоционального реагирования подчеркивается многими исследователями (Thomas S.P., 1997; Karademas E.C., Tsalikou C., Tallarou M.C., 2011).

Вообще эмоциональные состояния при психосоматических заболеваниях имеют свои особенности. По мнению В.Г. Рагозинской (2010), они образованы большим, чем в норме, числом взаимосвязанных переменных, значения которых достоверно выше, чем у здоровых лиц; при этом тревожно-депрессивные и агрессивные проявления в структуре эмоциональных состояний больных психосоматическими заболеваниями образуют тесные прямые корреляции, что может отражать низкую дифференцированность эмоциональных состояний и ограничение репертуара эмоционального реагирования при психосоматических расстройствах (Рагозинская В.Г., 2010).

Вопреки широко распространенному с 1950-х гг. среди специалистов мнению о существовании корреляции между ИБС и поведением типа А, которое характеризуется тремя основными проявлениями: враждебностью, усиливающейся по незначительным поводам; ощущением нехватки времени и нетерпеливостью, вызывающими раздражительность; стремлением к соревновательности (Friedman M., 1996), сегодня ученые считают наиболее значимым predisпозиционными факторами ИБС враждебность и гнев (Williams R.B. Jr., 1987; Dudek D. et al., 2001; Wu Z.S., 2001; Razzini C. et al., 2008; Newman J.D. et al., 2011).

Враждебных индивидов отличает повышенная в некоторых ситуациях физиологическая реактивность, более высокий уровень межличностных конфликтов, меньший уровень социальной поддержки, а также нездоровые повседневные привычки (Smith T.W., 1992). В то же время риск заболеваемости личности с высоким уровнем враждебности снижается, если личность имеет позитивные межличностные отношения – так показано в исследовании американских психологов (Guyll M. et al., 2010).

Существуют работы, в которых негативное влияние подавления гнева на сердечно-сосудистую систему описывается с позиций патофизиологических механизмов (Mills P.J., Dimsdale J.E., 1993), особых соотношений наследственности и среды (Poole J.C. et al., 2006).

Целью работы словенских ученых (Marusic A., Belsak K., Marusic D., 2008) было изучение соотношения между сенсibilизацией эмоций, с одной стороны, и основными факторами риска ИБС и некоторыми психологическими характеристиками – с другой стороны. Установлено, что сенсibilизация эмоций соотносится с более эмоциональными и менее отстраненными вариантами копинга, большим курением, что в свою очередь увеличивает поведенческий риск развития ИБС.

Исследовательская группа из Медицинского университета Мазендарана (Hosseini S.H. et al., 2011), сравнивая 200 больных артериальной гипертензией и 100 здоровых, установила, что для больных артериальной гипертензией характерно наличие гнева как личностной черты, а также его подавление. Выражение гнева в обеих группах достоверно не отличалось.

Чешскими учеными (Kubej P., Kogán M., 1989) в качестве важных факторов риска артериальной гипертензии в дополнение к нарастающей сложности социальной жизни добавлены особенности поведенческой активности и психофизиологической реактивности. Личность больного с артериальной гипертензией наделяется ими следующими чертами: тревожностью в социальных контактах, подавленной враждебностью, проявлениями перфекционизма, подавлением эмоций, избыточной поведенческой приспособляемостью, оборонительными реакциями на стрессовые стимулы.

По мнению патофизиологов, высокотревожные мужчины, страдающие артериальной гипертензией, отличаются от низкотревожных более высокой степенью дисциркуляторной (гипоксической) энцефалопатии, которая сочетается с частыми головными болями, превалированием возбуждательных процессов над тормозными, низкой устойчивостью организма к гипоксии, легким функциональным физическим и умственным нагрузкам, а также неадекватным отношением к окружающим и назначениям врача (конфликтность, потребление поваренной соли и высококалорийных продуктов питания) (Усенко А.Г., 2007).

Возможность развития артериальной гипертонии у здоровых лиц молодого возраста вне зависимости от половой принадлежности определяется увеличением личностной тревожности, повышением тревожной и снижением возбудимой акцентуаций в характере личности (Колопкова Т.А., 2010).

В исследовании, проведенном в университете Осаки, определено, что депрессия и подавление гнева являются факторами риска ССЗ для японцев, так же как и для жителей западных стран (Ohira T., 2010). В работе ученых Стамбульского университета описаны достоверные положительные корреляционные связи между подавлением гнева и уровнем систолического артериального давления у подростков (Albayrak B., Kutlu Y., 2012).

В последние два десятилетия выделяется тип личности D, определяемый как "дистрессовый" и являющийся собой фактор предрасположенности к ИБС (Razzini C. et al., 2008). К его проявлениям относится сочетание негативной аффективности с социальной ингибцией в частой комбинации с нездоровым образом жизни (Kupper N., Denollet J., 2007; Grande G. et al., 2012; Svansdottir E. Et al., 2012).

Тип личности D является важным предиктором долгосрочной смертности больных с установленным диагнозом ИБС независимо от биомедицинских факторов риска (Denollet J., 1996).

Эмоциональное состояние больного с ССЗ может также определяться собственными характеристиками. М.Г. Киселева (2012) к социально-демографическим и клиническим факторам риска эмоционального неблагополучия пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период хирургического лечения относит: отсутствие постоянной работы; отсутствие постоянно-

го партнера в семейных отношениях; диагнозы: ишемическая болезнь сердца, врожденный порок сердца; стаж заболевания более 4 лет; "открытый" тип кардиохирургической операции.

Факторами неблагоприятного прогноза для больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования, выступают повышенная тревожность и сенситивность при реализации социальных контактов (Круглова Н.Е., 2013).

По результатам, полученным в исследовании Ю.М. Никитиной (2009), депрессивные и тревожные расстройства у больных ИБС, а также развитие личности по типу маскированной и аберрантной ипохондрии могут использоваться при оценке прогноза заболевания в качестве независимых факторов риска.

Интересные результаты получены психологами из Университета штата Юта (США) при изучении психосоциальных факторов риска ИБС. Выявлено, что существуют определенные различия в результатах самоотчетов самих больных в сравнении с результатами опроса их супругов, в связи с чем реальные риски заболевания могут явно недооцениваться (Smith T.W., 2008).

Перфекционизм является пока что недостаточно изученным многомерным конструктом, проявляющимся в когнитивном и поведенческом контекстах, и как личностная черта имеет отношение к таким патологическим состояниям, как депрессия, тревога, суициды, нарушения пищевого поведения, обсессивно-компульсивное расстройство личности, социофобия, инсомния (Гаранян Н.Г., Васильева М.Н., 2010; Соколова Е.Т., Цыганкова П.В., 2011; Masson A.M., Cadot M., Anseau M., 2003; Levinson C.A. et al., 2013).

Перфекционизм сравнительно более подробно изучен при психических расстройствах (Гаранян Н.Г., 2006; Тарханова П.М., Холмогорова А.Б., 2011; Ларских М.В., Ларских С.В., 2012; Egan S.J., Nattaway M., Kane R.T., 2013). Имеются работы о связи перфекционизма и инсультов – по данным швейцарского исследования у женщин с высокой "потребностью в контроле" определяется высокий риск цереброваскулярных заболеваний (Goetz S., Adler R.H., Weber R., 1992). Описания роли перфекционизма при сердечно-сосудистых заболеваниях в мировой литературе крайне скудны.

Так, по данным австралийских психологов из Университета Мельбурна, такие черты перфекционизма, как проявления личностной автономии, являются важными предикторами депрессии у больных ИБС. Ранняя диагностика перфекционизма ложится в основу когнитивной интервенции в этой группе пациентов с целью выработки согласованной программы лечения (Stafford L., Jackson H.J., Berk M., 2009).

Проведенное в Монреале канадскими специалистами исследование у больных ИБС таких проявлений перфекционизма, как высокая самокритичность, высокие личностные стандарты, зависимость, позволило лучше понять их соотношение с ИБС. Определено, что самокритичность соотносится у больных ИБС с личностной уязвимостью по параметрам агрессии, гнева, враждебности, негативной аффективности по типу D и психосоциальной дезадаптацией с депрессивными симптомами, беспокойством, избегающим копингом, неудовлетворенностью социальной поддержкой. Высокие личностные стандарты у больных ИБС больше связаны с адаптивным копингом – проблемно-ориентированным и позитивной реинтерпретацией, а зависимость – с беспокойством и волнением (Dunkley D.M. et al., 2012).

По данным японских ученых, проводивших исследование поведения типа А у больных женщин с ССЗ, самоуверенность и перфекционизм отрицательно связаны с тяжестью клинического состояния при атеросклерозе коронарных артерий (Yoshimasu K. Et al., 2002).

В работе отечественных ученых Н.В. Юдиной и Т.В. Раевой (2008) рассматривается специфика реагирования больных с артериальной гипертонией на стресс. У них определяется перфекционистские черты – доминирование "долженствований" в сферах требований к собственной личности, достижения целей и взаимоотношений с окружающими, что очерчивает их особый когнитивный стиль.

В работе американского исследователя P.R. Steffen (2013) рассматриваются соотношения между религиозностью личности в ее внутреннем и внешнем проявлениях, негативной аффективностью и удовлетворенностью жизнью. Изучая здоровую популяцию, ученый установил, что внутренняя религиозность лич-

ности имеет отрицательную связь с негативной аффективностью и положительную связь – с удовлетворенностью жизнью. Снижая уровень патологического перфекционизма, она уменьшает негативную аффективность личности и увеличивает ее удовлетворенность жизнью. Внешняя религиозность личности соотносится с высоким уровнем патологического перфекционизма, негативной аффективности и низкой удовлетворенностью жизнью. В ситуации, когда проявления патологического перфекционизма контролируются, прямые эффекты внешней религиозности также соотносятся с уменьшением негативной аффективности и ростом удовлетворенности жизнью (Steffen P.R., 2013).

Е.А. Громова (2012) считает, что психосоциальные факторы можно разделить на две основные категории: хронические стрессоры (социальные факторы) и эмоциональные (психологические) факторы. Хронические стрессоры – это семейное положение, стресс на работе и дома, низкая социальная поддержка, низкий социально-экономический статус (образование, профессия). Эмоциональные факторы включают в себя аффективные расстройства: депрессию, тревожные расстройства и враждебность, а также жизненное истощение и нарушение сна – соматические расстройства, обусловленные стресс-факторами.

В работе китайского исследователя из Пекина Z.S. Wu (2001) обобщаются данные о психосоциальных факторах риска ССЗ, к которым, ссылаясь на многочисленные научные сведения, он относит пять наиболее значимых – депрессию, тревогу, личностные факторы и черты характера, социальную изоляцию и хронический жизненный стресс.

Возможными патофизиологическими механизмами влияния психосоциальных факторов на патогенез ССЗ ему видятся: в избыточной активации симпатической нервной системы, запуске ишемии миокарда, активации аритмогенеза, стимулировании функции тромбоцитов, расстройстве функций эндотелия (Wu Z.S., 2001).

Психосоциальные ресурсы понимаются нами как совокупность индивидуально-личностных свойств человека и явных или скрытых возможностей его социальной среды и окружения. К ресурсам личности относят те свойства и качества личности, а также возможности ее социального взаимодействия, которые

расширяют возможности человека, его потенциал для достижения значимых целей и результатов. Ресурсы у здоровых и больных могут иметь существенные различия, что и обусловило наш интерес к этому вопросу.

Личностные ресурсы. Наибольшее число исследований ресурсов личности посвящено изучению таких психологических феноменов, как психологическая защита, копинг-поведение, адаптивность, личностный потенциал. Рассматривается такое интегративное психологическое свойство личности, как стрессоустойчивость, или жизнестойкость, представление о котором активно разрабатывается современными авторами. Исследуются составляющие жизнестойкости, к которым относятся такие качества, как способность принимать вызов, ответственность за происходящие события (Соловьева С Л., 2010).

В работе Т.В. Михайловой (2006) подчеркивается, что компенсированные больные хронической сердечной недостаточностью менее склонны к психологической защите, отдавая предпочтение конструктивным копинг-стратегиям ("проблемный анализ", "альтруизм", "сотрудничество", "обращение"). Они характеризуются адекватной самооценкой, средним уровнем агрессивности, интернальным локусом контроля, умеренно выраженной тревожностью и экстравертированностью.

И.Л. Гуреева (2009) отмечает, что больные ИБС чаще используют такие копинг-стратегии, как самоконтроль, поиск социальной поддержки и принятие ответственности, что, возможно, способствует формированию адаптивного поведения.

Социальная поддержка. Важной характеристикой функционирования личности является социальная поддержка как сеть социальных контактов, система межличностных отношений, выступающих в роли ресурса для личности в трудных жизненных ситуациях.

Так, признаки личностной автономии в противовес социальной направленности личности являются важными предикторами депрессии у больных ИБС (Stafford L. Et al., 2009). Социальная поддержка также оказывает позитивное влияние на восстановление гемодинамических показателей у больных с ССЗ в послеоперационном периоде после имплантации кардиовертера-дефибриллятора (Lache B., Meyer T., Herrmann-Lingen C., 2007).

Во многих работах, проведенных в рамках западной культуры, проводится четкая связь между социальной поддержкой и прогнозом сердечно-сосудистых заболеваний. Данные о влиянии социальной поддержки в условиях других культур и популяций практически отсутствуют. Японская исследовательская группа во главе с А. Ikeda (2008) выявила, что низкий уровень социальной поддержки связан с высоким риском смертности от инсульта у мужчин и не связан с заболеваемостью.

Влияет ли социальная поддержка на приверженность здоровому образу жизни? Сравнительное исследование 5115 американцев европейского и африканского происхождения, проведенное Allen J. et al. (2001), дало возможность ответить на этот вопрос следующим образом. Поддержка положительно связана с большей физической активностью у всех исследованных, кроме черных женщин. В сочетании с высоким уровнем враждебности данная положительная взаимосвязь сохраняется только у мужчин. Белые женщины с высоким уровнем социальной поддержки реже курят, но только при невысокой враждебности. Черные мужчины и белые женщины с высоким уровнем социальной поддержки и высокой враждебностью употребляют больше алкоголя, но его количество умеренно.

Социальная поддержка является важным культуральным ресурсом при сердечно-сосудистой патологии и для представителей латиноамериканской культуры. К ресурсам здесь относятся вера, физическая активность, забота о семье, связи с друзьями (Perez A., Fleury J., Shearer N., 2012).

Важными характеристиками, отражающими адаптационный потенциал личности у больных с ИБС, перенесших оперативное вмешательство, являются показатели, отражающие направленность и качество социальных контактов в дооперационном периоде. Значимыми факторами благоприятного прогноза для больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования, являются экстравертированная направленность личности и вынужденные ограничения социальных контактов в связи с заболеванием. В группе больных ИБС, перенесших стентирование коронарных артерий, адаптационный потенциал больше у лиц, не испытывающих существенных ограничений в физической активности, но испытывающих напряженность и неудовлетворен-

ность в связи с заболеванием. Такие больные гораздо чаще возобновляют после операции трудовую деятельность (Круглова Н.Е., 2013).

Индивидуально-психологические черты личности также могут являться не только факторами риска, но и основой адаптационного потенциала в состоянии болезни. Так, по данным Ю.М. Никитиной (2009), у больных ИБС благоприятный прогноз заболевания связан с преморбидными истерическими, ананкастическими, тревожными (избегающими) и гипертимическими конституциональными личностными чертами, соматотоническим типом соматопсихической акцентуации, невротической ипохондрией, сверхценной ипохондрией и развитием по типу "новой жизни".

Эффективной мерой социальной поддержки для больных с сердечной недостаточностью пожилого возраста может оказаться и регулярное анонимное общение со своими сверстниками по телефону в рамках специальной реабилитационной программы.

Важность позитивного социального окружения и социальной поддержки на ранних этапах развития, т.е. в детстве, подчеркивается американскими исследователями (Appleton A.A. et al., 2013), которые рассматривают его в качестве важного условия, снижающего риск ССЗ в зрелом возрасте.

Религиозность. Связь религиозности с состоянием здоровья или болезни в последние годы является предметом пристального научного интереса (Николаев Е.Л., 2005а; Николаев Е.Л., 2005b; Unantenne N. et al., 2011; Perez A., Fleury J., Shearer N., 2012; Bekke-Hansen S. et al., 2012; Powell-Wiley T.M. et al., 2013).

Учеными ставится вопрос, насколько соотносится связанное с религиозностью поведение, способствующее здоровью, со снижением заболеваемости и смертности. Польский исследователь из Гданьского университета P. Zagozdzon в связи с этим отмечает, что религиозность оказывает благоприятное влияние на многие соматические и психические заболевания, в числе которых ИБС, рак, депрессия, суициды, психозы, химические зависимости. Религиозные практики и вера могут являться мощными источниками комфорта, надежды и смысла. Они связаны с полезными пищевыми привычками и сниженным риском злоупотребления химическими веществами. В то же время религи-

озность может иметь негативные соотношения со здоровьем, в силу тесной взаимосвязи с невротическими и психотическими расстройствами (Zagozdzon P., 2011).

Религиозная вера важна для многих пациентов с серьезными заболеваниями, являясь для них позитивным копинг-ресурсом. Они часто обращаются к религии и Богу в связи со своей болезнью. Это духовное взаимодействие может благоприятно влиять на пациента за счет чувства успокоения, больших знаний о болезни, большей приверженности к лечению и более высокого качества жизни, в то время как результаты влияния молитвы на самочувствие при сердечно-сосудистых заболеваниях остаются противоречивыми (Stewart W.C. et al., 2013).

Касаясь особенностей религиозного совладания, можно отметить, что религиозное совладание с трудностями включает в себя: внутреннее совладание (ресурсом которого является интегрированная система ценностей, убеждений, намерений и действий); горизонтальное совладание (в основе которого лежит связь между людьми благодаря их общей идентичности в общине единоверцев); вертикальное совладание (осуществляемое за счет отношений между человеком и Творцом) (Шмелев И.М., 2011).

Духовные переживания также важны в состоянии болезни, поскольку они тесно связаны с эмоциональной сферой личности и ее нарушениями. Так, в диссертационном исследовании А.В. Немцева (2012), показано, что биологические исследования духовности, основанные на интегративной нейропсихологической модели духовных переживаний, указывают на области пересечения духовности и депрессивных расстройств (активность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, и гипотетически – одной из серотониновых подсистем).

В работе ученых из Медицинского университета Мешхеда показано благоприятное влияние поста во время священного для мусульман месяца Рамадан на снижение показателей риска сердечно-сосудистой патологии у больных с предыдущим кардиологическими анамнезом (Nematy M. et al., 2012).

Физическая и духовная практика йоги, восходящая к древним индийским религиозным учениям, также рассматривается сегодня как средство, оказывающее определенное позитивное

влияние на здоровье и на его поддержание при заболеваниях, в том числе при сердечно-сосудистых (Narinath K. et al., 2004; Miles S.C. et al., 2013). Если американские ученые из университета Техаса утверждают, что йога оказывает неоднозначное влияние на уровень артериального давления у больных (Miles S.C. et al., 2013), то индийские исследователи считают, что практика йоги и медитации однозначно способствует улучшению деятельности сердечно-сосудистой системы и психологического профиля личности. Йога, по их мнению, может быть психофизиологическим стимулом для эндогенной секреции мелатонина, который, в свою очередь, ответствен за ощущение благополучия (Narinath K. et al., 2004).

В ходе анализа научной литературы становится очевидно, что связь между духовным благополучием личности и состоянием ее здоровья вызывает все меньше сомнений. Гораздо меньше известно о физиологических механизмах этого феномена. В работе Holt-Lunstad J. et al. (2011) представлены результаты исследования связи духовного благополучия личности с физиологическими рисками по заболеваниям сердца. Так, с помощью регрессионного анализа установлено, что более высокий уровень духовного благополучия, определяемый по шкале FACIT-Sp-Ex, соответствует достоверно низким показателям систолического и диастолического артериального давления, низкому уровню С-реактивного белка, глюкозы натощак, триглицеридов, липопротеидов очень низкой плотности с учетом возраста, пола и посещения церкви.

Английские ученые из Королевского Колледжа также подчеркивают, что для больных с сердечной недостаточностью крайне важными копинг-ресурсами являются социальная поддержка и вера (Selman L. et al., 2007). Схожие данные о большой значимости духовного благополучия для больных с сердечной недостаточностью получены и американскими учеными (Bekelman D.V. et al., 2007).

В качестве резюме можно обозначить, что объем исследований психосоциальных ресурсов личности при ССЗ, представленных в современной психологической и медицинской литературе, значительно уступает обширному массиву научных данных, посвящённых изучению факторов риска, что отражает яв-

ную недооценку роли ресурсного компонента в процессе лечения и профилактики ССЗ. Все психологические ресурсы личности можно разделить на интраперсональные (стрессоустойчивость, жизнестойкость, психологические защиты, копинг, вера и др.) и интерперсональные (социальная поддержка, социальные контакты, забота о семье и др.).

Литература

1. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы // Артериальная гипертензия. 2012. Т. 18, № 4. С. 278-291.
2. Варлакова Я.В. Психическая ригидность в патогенезе и психотерапии ишемической болезни сердца: дис.... канд. психол. наук. Томск, 2007. 193 с.
3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Совр. терапия психич. расстройств. 2006. № 1. С. 31-40.
4. Гаранян Н.Г., Васильева М.Н. Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 1. С. 42-47.
5. Громова Е.А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) // Сиб. медицинский журнал. 2012. № 2. С. 22-29.
6. Гуреева И.Л. Психологические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца, предрасположенных к паническим атакам: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2009. 197 с.
7. Киселева М.Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на эффективность психологического сопровождения послеоперационного восстановления: автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 2012. 32 с.
8. Клинические факторы качества жизни больных с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение / А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, И.О. Чумакова и др. // Бюл. Федер. Центра сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова. 2011. № 4. С. 15-23.
9. Кодочигова А.И. Психофизиологические критерии риска развития артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца у

- клинически здоровых лиц: дис.... д-ра мед. наук. Саратов, 2005. 263 с.
10. *Колопкова Т.А.* Психофизиологические, гемодинамические и адаптационные критерии возможности развития артериальной гипертонии у клинически здоровых лиц молодого возраста: дис.... канд. мед. наук. Волгоград, 2010. 166 с.
 11. *Круглова Н.Е.* Психологические факторы прогноза возвращения к труду больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения: автореф. дис.... канд. психол. наук. СПб., 2013. 24 с.
 12. *Кувшинова Н.Ю.* Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис.... канд. психол. наук. СПб., 2011. 29 с.
 13. *Ларских М.В., Ларских С.В.* Связь между перфекционизмом и депрессией у студентов ВГМА // Прикладные информ. аспекты медицины. 2012. Т. 15, № 2-2. С. 11-14.
 14. *Меркурьева А.А.* Характеристики личности и особенности эмоциональной сферы больных ишемической болезнью сердца с болевым и безболевым вариантами течения: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2009. 190 с.
 15. *Михайлова Т.В.* Психологические факторы в декомпенсации хронической сердечной недостаточности: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2006. 200 с.
 16. *Немцев А.В.* Духовные смыслы в жизненном мире людей, страдающих депрессивными расстройствами: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2012. 23 с.
 17. *Никитина Ю.М.* Психосоматические соотношения и особенности катамнеза больных ишемической болезнью сердца: дис.... канд. мед. наук. М., 2009. 122 с.
 18. *Николаев Е.Л.* Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9-20.
 19. *Николаев Е.Л.* Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чуваш. ун-та. 2005. № 2. С. 90-99.
 20. *Рагозинская В.Г.* Эмоциональные состояния и их нейрофизиологические корреляты у больных психосоматическими заболеваниями: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2010. 197 с.
 21. *Соколова Е.Т., Цыганкова П.В.* Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. 2011. № 2. С. 90-100.

22. *Соловьева С.Л.* Ресурсы личности // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 2. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_2_3/ /nomer/nomer02.php (дата обращения: 16.04.2014).
23. *Тарханова П.М., А.Б. Холмогорова.* Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом // Психол. наука и образование. 2011. № 5. С. 52-60.
24. *Усенко А.Г.* Особенности течения артериальной гипертензии у мужчин в зависимости от психосоматического статуса и оптимизации лечения: дис.... канд. мед. наук. Новосибирск, 2007. 220 с.
25. *Чапала Т.В.* Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца: автореф. дис.... канд. психол. наук. СПб., 2012. 25 с.
26. *Шмелев И.М.* Стратегии и ресурсы совладающего поведения верующих молодых людей // Вестник Университета Российской академии образования. 2011. № 3. С. 63-65.
27. *Юдина Н.В., Раева Т.В.* Эмоционально-когнитивные предпосылки формирования артериальной гипертензии // Сиб. вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 3. С. 72-74.
28. *Albayrak B., Kutlu Y.* The determination of blood pressure, anger expression and body mass index in adolescents in Turkey: a pilot study // Coll. Antropol. 2012. Vol. 36, N 1. March. P. 87-92.
29. *Anger expression and suppression among patients with essential hypertension / S.H. Hosseini, V. Mokhberi, R.A. Mohammadpour et al. // Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2011. Vol. 15, N 3. Sep. P. 214-218.*
30. *Anger suppression and adiposity modulate association between ADRB2 haplotype and cardiovascular stress reactivity / J.C. Poole, H. Snieder, H.C. Davis et al. // Psychosom. Med. 2006. Vol. 68, N 2. March-Apr. P. 207-212.*
31. *Arterial blood pressure and cardiovascular responses to yoga practice / S.C. Miles, C. Chun-Chung, L. Hsin-Fu et al. // Altern. Ther. Health. Med. 2013. Vol. 19, N 1. Jan-Feb. P. 38-45.*
32. *Associations of self-reports versus spouse ratings of negative affectivity, dominance, and affiliation with coronary artery disease: where should we look and who should we ask when studying personality and health? / T.W. Smith, B.N. Uchino, C.A. Berg et al. // Health Psychol. 2008. Vol. 27, N 6. Nov. P. 676-684.*

33. *Churches* as targets for cardiovascular disease prevention: comparison of genes, nutrition, exercise, wellness and spiritual growth (GoodNEWS) and Dallas County populations / T.M. Powell-Wiley, K. Banks-Richard, E. Williams-King et al. // *J. Public. Health (Oxf)*. 2013. Vol. 35, N 1. March. P. 99-106.
34. *Correlations* between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality / C. Razzini, F. Bianchi, R. Leo et al. // *J. Cardiovasc. Med. (Hagerstown)*. 2008. Vol. 9, N 8. Aug. P. 761-768.
35. *Effects* of Hatha yoga and Omkar meditation on cardiorespiratory performance, psychologic profile, and melatonin secretion / K. Harinath, A.S. Malhotra, K. Pal et al. // *J. Altern. Complement. Med.* 2004. Vol. 10, N 2. Apr. P. 261-268.
36. *Effects* of Ramadan fasting on cardiovascular risk factors: a prospective observational study / M. Nematy, M. Alinezhad-Namaghi, M.M. Rashed et al. // *Nutr. J.* 2012. Vol. 11. Sep 10. P. 69.
37. *Egan S.J., Hattaway M., Kane R.T.* The Relationship between perfectionism and rumination in post traumatic stress disorder // *Behav. Cogn. Psychother.* 2013. Feb. 15. P. 1-13.
38. *Faith* and use of complementary and alternative medicine among heart attack patients in a secular society / S. Bekke-Hansen, C.G. Pedersen, K. Thygesen et al. // *Complement Ther. Med.* 2012. Vol. 20, N 5. Oct. P. 306-315.
39. *Goetz S., Adler R.H., Weber R.* High "need for control" as a psychological risk in women suffering from ischemic stroke: a controlled retrospective exploratory study // *Int. J. Psychiatry Med.* 1992. Vol. 22, N 2. P. 119-129.
40. *Grande G.* Type D personality and heart disease: walking the line between enthusiasm and disbelief // *Ann. Behav. Med.* 2012. Vol. 44, N 1. Aug. P. 138.
41. *Friedman M.* Type A Behavior: Its Diagnosis and Treatment. Springer, 1996. 152 p.
42. *Hornstein C.* Stress, anxiety and cardiovascular disease: an interdisciplinary approach // *Vertex*. 2004. Vol. 15. Suppl 1. P. 21-31.
43. *Hostility*, relationship quality, and health among African American couples / M. Gyll, C. Cutrona, R. Burzette, D. Russell // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2010. Vol. 78, N 5. Oct. P. 646-654.
44. *Karademas E.C., Tsalikou C., Tallarou M.C.* The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health // *J. Health. Psychol.* 2011. Vol. 16, N 3. Apr. P. 510-519.

45. *Katsarou A.L., Triposkiadis F., Panagiotakos D.* Perceived stress and vascular disease: where are we now? // *Angiology*. 2012. Sep 11.
46. *Kubej P., Korán M.* Personality characteristics of hypertensive patients. [article in Czech] // *Cas. Lek. Cesk.* 1989. Vol. 128, N 6. Feb 3. P. 186-188.
47. *Kupper N., Denolett J.* Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanisms // *J. Pers. Assess.* 2007. Vol. 89, N 3. Dec. P. 265-276.
48. *Lache B., Meyer T., Herrmann-Lingen C.* Social support predicts hemodynamic recovery from mental stress in patients with implanted defibrillators // *J. Psychosom. Res.* 2007. Vol. 63, N 5. Nov. P. 515-523.
49. *Marusic A., Belsak K., Marusic D.* Sensitization of emotions as a risk factor for ischemic heart disease // *Psychiatr. Danub.* 2008. Vol. 20, N 1. Mar. P. 31-36.
50. *Masson A.M., Cadot M., Ansseau M.* Failure effects and gender differences in perfectionism [article in French] // *Encephale*. 2003. Vol. 29, N 2. March-Apr. P. 125-135.
51. *Mills P.J., Dimsdale J.E.* Anger suppression: its relationship to beta-adrenergic receptor sensitivity and stress-induced changes in blood pressure // *Psychol. Med.* 1993. Vol. 23, N 3. Aug. P. 673-678.
52. *Observed hostility and the risk of incident ischemic heart disease: a prospective population study from the 1995 Canadian Nova Scotia Health Survey / J.D. Newman, K.W. Davidson, J.A. Shaffer et al. // J. Am. Coll. Cardiol.* 2011. Vol. 58, N 12. Sep 13. P. 1222-1228.
53. *Ohira T.* Psychological distress and cardiovascular disease: The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS) // *J. Epidemiol.* 2010. Vol. 20, N 3. P. 185-191.
54. *Perez A., Fleury J., Shearer N.* Salud de Corazon: Cultural Resources for Cardiovascular Health among Older Hispanic Women // *Hispanic Health Care Int.* 2012. Vol. 10, N 2. Jun 1. P. 93-100.
55. *Perfectionism dimensions and dependency in relation to personality vulnerability and psychosocial adjustment in patients with coronary artery disease / D.M. Dunkley, D. Schwartzman, K.J. Looper et al. // J. Clin. Psychol. Med. Settings.* 2012. Vol. 19, N 2. Jun. P. 211-223.
56. *Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease / J. Denollet, S.U. Sys, N. Stroobant et al. // Lancet.* 1996. Vol. 347, N 8999. Feb. 17. P. 417-421.
57. *Personality patterns in coronary artery disease / D. Dudek, A. Zieba, B. Gierat, D. Dudek // Przegl. Lek.* 2001. Vol. 58, N 5. P. 448-450.

58. *Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients* / L. Selman, T. Beynon, I.J. Higginson, R. Harding // *Curr. Opin. Support. Palliat. Care*. 2007. Vol. 1, N 4. Dec. P. 260-266.
59. *Review of clinical medicine and religious practice* / W.C. Stewart, M.P. Adams, J.A. Stewart, L.A. Nelson // *J. Relig. Health*. 2013. Vol. 52, N 1. March. P. 91-106.
60. *Rozanski A., Blumental J.A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy* // *Circulation*. 1999. Vol. 99, N 16. Apr. 27. P. 2192-2217.
61. *Smith T.W. Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis* // *Health. Psychol*. 1992. Vol. 11, N 3. P. 139-150.
62. *Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders?* / C.A. Levinson, T.L. Rodebaugh, E.K. White et al. // *Appetite*. 2013. Vol. 67. Aug. P. 125-133.
63. *Social support and health behavior in hostile black and white men and women in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults)* / J. Allen, J. Markovitz, D.R. Jr. Jacobs, S.S. Knox // *Psychosom. Med*. 2001. Vol. 63, N 4. P. 609-618.
64. *Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study cohorts II* / A. Ikeda, H. Iso, I. Kawachi et al. // *Stroke*. 2008. Vol. 39, N 3. March. P. 768-775.
65. *Spiritual well-being and depression in patients with heart failure* / D.B. Bekelman, S.M. Dy, D.M. Becker et al. // *J. Gen. Intern. Med*. 2007. Vol. 22, N 4. Apr. P. 470-477.
66. *Stafford L., Jackson H.J., Berk M. Cognitive-personality style as vulnerability to depression in patients with coronary artery disease: roles of sociotropy and autonomy* // *Psychosom. Med*. 2009. Vol. 71, N 1. Jan. P. 63-69.
67. *Steffen P.R. Perfectionism and Life Aspirations in Intrinsically and Extrinsically Religious Individuals* // *J. Relig. Health*. 2013. Feb. 23.
68. *The Strength to Cope: Spirituality and Faith in Chronic Disease* / N. Unantenne, N. Warren, R. Canaway et al. // *J. Relig. Health*. 2011. Nov. 16.
69. *Thomas S.P. Women's anger: relationship of suppression to blood pressure* // *Nurs. Res*. 1997. Vol. 46, N 6. Nov.-Dec. P. 324-330.
70. *Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: a cross-sectional study* / E. Svansdottir, K.C. van den Broek, H.D. Karlsson et al. // *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12. Jan. 18. P. 42.

71. *Understanding* the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose / J. Holt-Lunstad, P.R. Steffen, J. Sandberg, B. Jensen // *J. Behav. Med.* 2011. Vol. 34, N 6. Dec. P. 477-488.
72. *Williams R.B. Jr.* Psychological factors in coronary artery disease: epidemiologic evidence // *Circulation.* 1987. Vol. 76, N 1. Pt. 2, Jul. P. 117-123.
73. *Wu Z.S.* Epidemiological studies on the relationship between psychosocial factors and cardiovascular disease [article in Chinese] // *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao.* 2001. Vol. 23, N 1. Feb. P. 73-77, 82.
74. *Yoshimasu K.* Relation of type A behavior pattern and job-related psychosocial factors to nonfatal myocardial infarction: a case-control study of Japanese male workers and women // *Psychosom. Med.* 2001. Vol. 63, N 5. Sep.-Oct. P. 797-804.
75. *Zagozdzon P.* Religiosity and health in epidemiological studies [article in Polish] // *Pol. Merkur. Lekarski.* 2012. Vol. 32, N 191. May. P. 349-353.

**ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОСТИ
БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Ю.Ю. Худякова

Республиканская клиническая психиатрическая больница, Ижевск

Современные клинико-психологические исследования пограничных психических расстройств фокусируются на различных проявлениях дезадаптации личности [6; 7; 10; 11]. В то же время, несмотря на существование большого количества научных работ, проблема взаимосвязи особенностей агрессивности с психической патологией сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и в практическом аспекте.

Проблему агрессии, агрессивности нельзя назвать достаточно изученной. В психологии до сих пор нет единства в отношении определения самих понятий "агрессивность" и "агрессия", не существует единого представления о психической реальности, однозначно соотносимой с понятием агрессии [1; 3; 12]. Существует несколько разнонаправленных подходов, каждый из которых дает свое видение сущности и истоков агрессии: агрессия как проявление побуждения (в рамках адаптивного подхода агрессия рассматривается как инструмент для достижения поставленной цели, необходимый в условиях адаптации к внешнему миру); агрессия как приобретенное социальное поведение (в бихевиоризме агрессия рассматривается как приобретенная в процессе научения модель социального поведения, как поведение, нацеленное на причинение вреда); агрессия как инстинктивное поведение (агрессия берет начало из врожденного инстинкта борьбы за выживание, является средством, с помощью которого индивиды пытаются получить свою долю ресурсов); существуют генетические (агрессивное поведение обусловлено преимущественно индивидуально-генетической предрасположенностью), психодинамические модели агрессии (в данном направлении агрессия рассматривается в контексте метапсихоло-

гических подходов: как проявление влечения к смерти, как особенность прегенитальных сексуальных проявлений, как структурная личностная составляющая).

Г. Аммон рассматривает агрессию как центральную Я-функцию, как степень активности отношения индивида к окружающему миру, как уровень целенаправленности и целесообразности душевной деятельности, агрессия обеспечивает способность к контактам, формированию и удержанию целей, представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности [8; 12].

Психодинамику психических заболеваний Г. Аммон рассматривает как проявление и результат нарушения в развитии функций Я [3; 12]. Функции Я в своем развитии зависят от структуры отношений, прежде всего в первичной группе, особенно в рамках раннего симбиоза матери и ребенка. Нарушения межличностного процесса в симбиозе приводят к структурному дефициту Я, к патологической деформации первоначально конструктивной агрессии, либо к недоразвитию Я-функции агрессии, в связи с чем Г. Аммон выделяет конструктивный, деструктивный и дефицитарный варианты проявления агрессивных побуждений. Агрессия может терять свое приспособительное значение, становясь дезинтегрирующим и дезрегулирующим фактором [12].

Конструктивная агрессия понимается как активный, деятельный подход к жизни, любознательность, возможность устанавливать продуктивные межличностные контакты и поддерживать их, несмотря на возможные противоречия, способность формировать свои собственные жизненные цели и задачи и реализовывать их, иметь и отстаивать свои идеи, мнения, точки зрения, вступать в конструктивные дискуссии, наличие развитой эмпатической способности, широкого круга интересов. Конструктивная агрессия связана с возможностью открыто проявлять свои эмоциональные переживания.

Деструктивная агрессия направлена против себя (своих целей, планов и т.д.) или окружающего, проявляется фактической ситуационной неадекватностью агрессии, склонностью к разрушению контактов и отношений, склонностью к обесцениванию

(эмоциональному и мыслительному) других людей и межличностных отношений, суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению.

Дефицитарная агрессия проявляется в неспособности к установлению межличностных контактов, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании каких-либо конфронтаций, конфликтов, дискуссий и ситуаций соперничества, в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения, затруднением возможности открыто проявлять свои эмоции, чувства и переживания.

Рассмотрим психологические особенности больных нервной анорексией. Выделяют следующие черты характера больных нервной анорексией: перфекционизм, упрямство, чрезмерная совестливость, чистоплотность, чувствительность, чрезмерная амбициозность [2].

К эмоциональным факторам, играющим особую роль в возникновении нервной анорексии, относят бессознательные агрессивные импульсы к обладанию. Эти импульсы, если они подавляются совестью, могут вести к расстройствам приема пищи [2].

По мнению Ф. Александера, у больных нервной анорексией присутствует фиксация на оральной ступени организации либидо, согласно К. Абрахаму – на орально-садистической (каннибалистической). Данная ступень сексуальной организации характеризуется появлением садизма, самой примитивной формой которого является удовольствие от кусания. На данной стадии отношения характеризуются дуальностью ("хорошо – плохо"), амбивалентностью, сосуществованием либидинозных и деструктивных тенденций, тотальным присоединением объекта (в результате чего вся агрессивная активность любого рода может чувствоваться как вбирание и переваривание ситуации) [2]. Отмечается невозможность символического выражения собственных переживаний [2; 3; 4].

Согласно психоаналитической теории объектных отношений М. Кляйн, у больных нервной анорексией присутствует фиксация на параноидно-шизоидной позиции [4]. Параноидно-шизоидная позиция позволяет описывать расщепление "Я". М. Кляйн рассматривает проблему содержания тревоги, которая

рассматривается в концепции внутренних и внешних объектов. Содержание тревоги на параноидно-шизоидной позиции – опасность уничтожения "Я", тревога по поводу сохранения "Я". Тревога связана с переживанием преследования со стороны неких враждебных сил, грозящих "Я" уничтожением". Предполагается, что у больных нервной анорексией происходит интроекция расщепленного объекта, его "плохой" части, от которой больной стремится избавиться, в том числе, путем ограничения приема пищи.

В связи с вышеизложенным, к психологическим особенностям больных нервной анорексией относят: склонность к перепадам настроения, дуальность отношений ("агрессия – самопожертвование", "жадность – ограничение", "хорошо – плохо", "правда – зло", "святость – грех"), инфантильные сексуальные теории, склонность оценивать сексуальность с позиции ненависти и отвращения, черты зависимости, неспособность психологически отделять свою личность от материнской, борьбу за установление симбиотического единства с матерью при амбивалентном отношении к ней. Оральное садистическое и каннибалистическое содержание фантазий при жестоком Сверх-Я приводят к чувству вины, сдерживанию агрессивности, конфликту между активностью и пассивностью [2, 5, 9, 13, 14].

Особенности проявления агрессивности больных нервной анорексией может проиллюстрировать следующий пример.

Больная А., 24 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла в неполной семье (без отца). Беременность у матери протекала без осложнений. Пациентка развивалась по возрасту. Посещала ДДУ, в детском коллективе адаптировалась хорошо. В школу пошла с 7 лет. Окончила 11 классов, училась хорошо. Получила среднеспециальное образование, в настоящее время работает. Проживает с матерью ("отношения с мамой хорошие, не конфликтую").

Признаки психического расстройства обнаруживает с двадцатилетнего возраста, когда стала высказывать недовольство своей внешностью, считала себя "толстой". Начала соблюдать строгую диету с ограничением углеводов, отказывалась от еды, тщательно изучала состав продуктов, употребляла только молочную продукцию, фрукты, овощи. Два года назад весила 50 кг, год назад – 45 кг, за последние 6 месяцев похудела на 12 кг. Максимальное снижение веса в настоящий момент – 33 кг при росте 164 см. Чтобы снизить вес, пациентка также

очень много времени проводит на улице, гуляя по городу по 8-10 часов в день. С апреля 2013 года начала ощущать слабость, головокружение в душном помещении, непереносимость жары. Единожды теряла сознание. Со слов матери, стала замкнутой, много времени проводит за компьютером. Периодически отмечались перепады в настроении в сторону его снижения. Пациентка была раздражительной. Тогда же у нее появился страх перед едой: "Немного поем – сразу думаю, что сильно поправлюсь, начинало тошнить". Обратилась в психиатрическую больницу.

Психический статус при поступлении в психиатрическую больницу. Сознание ясное. Ориентация не нарушена. Внешний вид соответствует возрасту. В поведении упорядочена. Охотно рассказывает о себе. Речь тихая. Жалобы на переменчивое настроение. Говорит, что "есть хочется, но не могу, сама себя торможу". Обманов восприятия, бреда нет. Настроение ровное. Эмоции лабильные. *Диагноз:* нервная анорексия, стадия кахексии, дефицит массы тела.

По результатам экспериментально-психологического исследования определяется сохранность когнитивной сферы. Социально-психологический срез личности свидетельствует о близости личности к типу тормозимых (сенситивно-шизоидный, по данным ИТО) с интровертированной направленностью личности, повышенной сенситивностью, чувствительностью к внешним воздействиям, тревожностью, пассивностью, повышенной конформностью, чертами зависимости, низкой общительностью, низкой социальной спонтанностью и непосредственностью поведения. Степень выраженности имеет избыточные тестовые результаты, преимущественно по показателю интроверсии, свидетельствующие о заострении характерологических особенностей до уровня затруднений социальной адаптации.

Пациентка характеризует себя терпеливой, спокойной, усидчивой, сдержанной, необщительной, неэмоциональной. Отмечает: "Больше в себе все держу, эмоции в себе переживаю, вовне не проявляю". В качестве психологических проблем можно выделить проблему контроля ("Во время еды боюсь, что не смогу остановиться. Боюсь контроль над собой потерять. Все пытаюсь контролировать, не могу расслабиться. Все сама должна сделать, проверить"), проблему зависимости от матери ("Сама жить не смогу").

Рассмотрим особенности агрессивности испытуемой на различных уровнях организации индивидуальности.

Для оценки агрессивности на конституциональном уровне организации индивидуальности была использована методика Мура-у-Lopez – миокинетический психодиагноз (МКП, субтест

"линеограмма"). Были выявлены положительный показатель неконтролируемой и отрицательный показатель контролируемой составляющих агрессивности. Определяется стремление к контролю над агрессивностью.

На социально-психологическом уровне организации индивидуальности преимущественными формами проявления агрессии является косвенная агрессия, чувство вины, обида (по результатам опросника Баса-Дарки). Для исследования инструментальной агрессии был использован проективный Hand-тест. Выявилась низкая инструментальная агрессивность, низкая склонность к открытому агрессивному поведению, повышенная напряженность в широком диапазоне ситуаций, повышенная пассивность, высокие тестовые результаты по показателю "страх", что отражает страх перед ответной агрессией со стороны других людей. Повышен показатель личностной дезадаптации.

Мотивационный уровень организации индивидуальности исследовался с помощью методики оценки мотивационных склонностей Л. Сонди. Сексуальное влечение характеризуется пассивностью, покорностью, жертвованием собой. Наблюдается переполненность аффектами, напряжение, вызванное подавлением грубых аффектов и побуждений. Отмечается слабость Я, одержимость идеями. Сфера контактов характеризуется тенденцией к прилипанию, к застреванию на том, что есть, невозможностью измениться, упрямством, неспособностью перестроиться на другой тип деятельности, инфантилизмом в сфере межличностных контактов.

Психодинамический профиль по тесту Г. Аммона. Определяется Я-функция нарциссизма в деструктивной форме, которая формируется в процессе деформированных симбиотических отношений, которые приводят к тому, что развитие автономной интерпретации действительности индивидом бессознательно приводит к угрозе быть покинутым матерью, что в силу жизненно обусловленной зависимости ребенка от матери становится для него экзистенциальной угрозой. Вследствие этого имеют место затруднения в формировании собственных границ индивида, выделении себя из первичной группы. Отмечается недостаточность способности испытуемой формировать целостное

отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях, реалистично оценивать себя. На поведенческом уровне отмечается неадекватная оценка себя, своих действий, способностей и возможностей, выраженная противоречивость самооценки, несогласованность отдельных ее компонентов, нестабильность отношения к себе, искаженное восприятие других, чрезмерная настороженность, закрытость в общении, сдержанность, нетерпимость к критике, низкая толерантность к фрустрациям, обидчивость, боязнь близких, доверительных отношений и неспособность устанавливать их, склонность к построению аутистического мира, отгораживающего от реальных интерперсональных взаимодействий.

Вследствие утрачивания стремления к автономизации, выходу из симбиоза и построению своей собственной идентичности имеет место недоразвитие Я-функции агрессии, т.е. неиспользованность изначально заданной конструктивной предрасположенности к активному, игровому манипулированию предметным миром. В поведении это проявляется в неспособности к установлению межличностных контактов, в снижении предметной активности, в сужении круга интересов, в избегании каких-либо конфронтаций, конфликтов, дискуссий и ситуаций соперничества, в склонности жертвовать собственными интересами, целями и планами, а также в неспособности брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения, в затруднении возможности открыто проявлять свои эмоции, чувства, переживания, предпочтения, пассивной жизненной позицией, уступчивостью, зависимостью в межличностных отношениях.

Отмечается функциональная недостаточность внешней границы Я, ее сверхпроницаемость, что отражает нарушение процесса регуляции отношений личности с внешней реальностью. В поведении неразвитость внешней границы проявляется склонностью к гиперадаптации к внешней среде, неспособностью устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чрезмерной зависимостью от требований, установок и норм окружающих, отсутствием возможности в достаточной степени рефлексировать, отслеживать и отстаивать собственные интересы, потребности.

Отмечается неспособность дифференцированно относиться к различным опасностям и собственному опыту переживания угрожающих ситуаций (низкие показатели по шкале "тревога").

Таким образом,

- проблема контроля при нервной анорексии, вероятно, связана с контролем над агрессивными импульсами;
- имеет место недоразвитие Я-функции агрессии, преобладание дефицитарной агрессии;
- на социально-психологическом уровне организации индивидуальности агрессивные импульсы подавляются, переживаются в виде повышенного напряжения, страха, проявляются в форме чувства вины.

Так как недоразвитие функции агрессивности связано с нарушением межличностных отношений в симбиозе в довербальный период (архаические заболевания Я), то психотерапия нервной анорексии, основанная только лишь на вербальном обмене, приносит незначительные результаты [2; 9].

Агрессивность является инструментом для регуляции объектных отношений [2]. Нарушение пищевого поведения является механизмом защиты, который необходим больному для поддержания своей идентичности, способности выполнения функций Я, компенсирует дезинтеграцию Я. Следует проводить аналитическую обработку коммуникативного поведения. Рекомендована аналитическая групповая психотерапия, где происходит не анализ симптома, а восполняющее развитие идентичности, вследствие чего становятся возможными конструктивные отношения, и симптом теряет свою функцию. Группа выполняет поддерживающую функцию, удовлетворяет потребность в опробовании и развертывании функций Я, представляет восполняющее развитие Я, ведущее к обретению собственной идентичности. При групповой психотерапии возможно наблюдать, какая динамика определяет симптомы, на какое поведение в группе пациент реагирует, какую позицию пациент занимает в группе, какие способы взаимодействия использует.

В групповой и индивидуальной форме возможно использование поведенческих и когнитивных методов психотерапии с целью воздействия на основные компоненты системы отношений личности. Мишени воздействия могут быть следующими:

- в поведенческой сфере: эгоцентризм, избегание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, неуверенность в себе, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, неспособность устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чрезмерная зависимость от требований, установок и норм окружающих, отсутствие возможности в достаточной степени рефлексировать, отслеживать и отстаивать собственные интересы, потребности;
- в аффективной сфере: низкая фрустрационная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии, сниженная или нестабильная самооценка, низкая спонтанность эмоциональных проявлений;
- наличие когнитивных искажений, усиливающих дисгармонию личности ("аффективная логика"): "селективная выборка", "сверхраспространенность", "абсолютное мышление", "персонализация".

Литература

1. *Абрахам К.* Характер и развитие / пер. с нем. под науч. ред. С.Ф. Сироткина. Ижевск: ERGO, 2007. 180 с.
2. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина: принципы и применение. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. 336 с.
3. *Аммон Г.* Динамическая психиатрия. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
4. *Кляйн М.* Вклад в психогенез маниакально-депрессивных состояний // М. Кляйн. Психоаналитические труды: ВВИМ / пер. с англ. и нем. под науч. ред. С.Ф. Сироткина и М.Л. Мельниковой. Ижевск: ERGO, 2007. С. 139-177.
5. *Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии. М., 1998.
6. *Николаев Е.Л.* Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 8-49.
7. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 4. С. 164-170.

8. *Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование* / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
9. *Старшенбаум Г.В.* Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Ин-т психотерапии. М., 2005. 496 с.
10. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костром. гос. ун-та имени Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328-332.
11. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
12. *Я-структурный* тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.
13. *Meyer C., Weinroth L.* Observations on psychological aspects of anorexia nervosa: report of a case. Psychosom Med. 1957. N 19. P. 389-398.
14. *Wandereycken W., Meereman R.* Anorexia nervosa. Berlin, 1984.

ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

А.Н. Захарова

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

Повышение качества жизни рассматривается как главный вектор формирования демократического общества, по которому должны сверяться все направления проводимых реформ. Особенно актуальными вопросы качества жизни стали в связи со сложнейшими социально-экономическими и социально-психологическими проблемами, вызванными кардинальными политическими и экономическими трансформациями российского общества последних десятилетий. Все это потребовало от научного сообщества исследований, посвященных качеству жизни, психологическому благополучию личности, предусматривающих системную оценку важнейших его составляющих, в том числе и социально- и клинико-психологических, использованию современных методов, формированию инструментария оценки, поиску научных ориентиров и эффективных путей разработки системы психологической диагностики и мониторинга.

Однако эти вопросы, несмотря на их фундаментальное значение, изучены недостаточно. Противоречие, обусловленное необходимостью проведения государством эффективной политики и отсутствием соответствующих комплексных междисциплинарных исследований для решения данных задач, накопленных данных о психологических показателях качества жизни различных групп населения, динамики их изменения, указывает на актуальность данной темы исследования.

Анализ исторических тенденций изучения феномена качества жизни показал, что, хотя данное понятие используется в научной литературе с 60-х годов XX века, однако истоки современных концепций можно обнаружить в трудах древних мыслителей, во многих культурах и религиях. Так, уже в работах Аристотеля уделялось много внимания проблемам благосостояния населения. Аристотелю принадлежит определение "блага" как "средства к жизни и благосостоянию", утверждение, что "цель государства – это совместное продвижение к высокому качеству жизни" [1]. Глубокий анализ эволюции взглядов в истории человечества на проблему качества проведен в работе Дж. Джурана "Качество в истории цивилизации. Эволюция, тенденции и перспективы управления качеством" [21].

Важный этап изучения качества жизни начался на Западе в середине 60-х годов XX столетия, что связывается учеными с возросшим интересом к гуманитарному содержанию экономического прогресса вследствие перехода западного общества на более высокую ступень развития, с тем, что категория "уровень жизни" (Standard of Living) не отражала достаточно полно благосостояния людей (Дж. Гэлбрейт, Д. Белл, У. Ростоу, Р. Арон, Ж. Фурастье, В. Брандт, М. Абрамс, Ф. Эндрьюс, О. Тоффлер и др.). Как отмечает В.И. Кулайкин [22], проблема качества жизни как предмет научных исследований стала особенно актуальна в этот период и в связи с социальным кризисом "общества потребления" в индустриально наиболее развитых странах. Возникла необходимость смены доминанты жизненных ценностей населения с материального благополучия на культурное развитие, укрепление здоровья, улучшение экологических и других условий жизни, формирование партнерских отношений между разными слоями общества. Совокупность всех этих ценностей и интересов трактовалась как качество жизни. В тот исторический период были предложены разные определения этого понятия, разработаны некоторые показатели и критерии, в том числе отражающие некоторые психологические аспекты жизнедеятельности людей.

В настоящее время качество жизни является объектом исследования представителей целого ряда различных отраслей научного знания: психологии, экономики, медицины, политоло-

гии, педагогики, социологии, что и определяет достаточно разные исследовательские подходы к изучению качества жизни.

В трудах экономистов используется целый ряд терминов, тесно связанных с проблематикой исследования: "уровень жизни", "стандарт жизни", "потребности или нужды", "индивидуальное или общественное благосостояние", "социальный и человеческий потенциал", ряд других [4].

Среди исследований западных экономистов и социологов, сосредоточивших внимание на проблемах качества жизни отдельных индивидов и общества в целом, существенный вклад в разработку проблемы внесли Р. Арон, Д. Белл, Дж. Гэлбрейт, Г. Кан, Б. Литтл, А. Макконел, Э. Мишан, У. Росту, А. Пигу, А. Тоффлер, Ж. Фурастье, Дж. Форрестер и др.

Категория качества жизни рассматривалась Дж. Форрестером в 1960-х годах в связи с попытками моделирования мировой динамики и траекторий промышленного развития и раскрывалось как понятие, которое зависит от уровня стрессовых ситуаций, плотности населения, качества продуктов питания и степени загрязнения окружающей среды [34]. Качество жизни американским экономистом У. Росту (Rostow W., 1971) определялась как закономерная стадия развития общества потребления. Экономический рост на основе научно-технического прогресса, по его мнению, должен неизбежно привести к повышению жизненного стандарта, уровня жизни, который в свою очередь является основой "нового качества жизни". Согласно автору, новое качество жизни характеризуется показателями в области здравоохранения, отдыха, уменьшения загрязнения окружающей среды, борьбы против бедности и неравенства [38].

Проблема качества жизни нашла отражение в трудах многих отечественных ученых в области экономики, социологии, философии, медицины (С.А. Айвазян, В.Ф. Безъязычный, И.В. Бестужев-Лада, В.Н. Бобков, Б.В. Бойцов, А.В. Гличев, А.А. Давыдов, Е.В. Давыдова, Ю.В. Крянев, П.С. Мстиславский, Н.М. Римашевская, А.И. Субетто, В.И. Толстых и др.).

Среди отечественных исследований представляет научный интерес опыт изучения качества жизни, накопленный в ИСЭП РАН, ИП РАН, ВНИИТЭ, ВЦИОМ, представленный в работах А.Л. Журавлева, В.А. Хащенко, Г.М. Зараковского,

Ю.А. Левада, З.Ф. Дудченко, Н.Е. Водопьяновой, И.Г. Дубова, Н.Н. Толстых, Р. Ингльхарта и др. В отечественной педагогике активизировались исследования, связанные с качеством образования, технологий и механизмов управления (С.Г. Воровщиков, А. Гильманов, В.И. Загвязинский, В.П. Панасюк, М.М. Поташник, Д.В. Татьяначенко, Е.А. Ямбург и др.). Авторы определяют качество образования как совокупность его свойств, соответствующую современным требованиям педагогической теории, практики и способную удовлетворить образовательные потребности личности, общества и государства. Проблемы мониторинга образования рассматриваются в публикациях таких ученых, как В.И. Андреев, В.П. Беспалько, В.А. Кальней, А.Н. Майоров, Е. Шишов, А.С. Белкин, Н.К. Жукова, Т.А. Строковой, Е.И. Терзиогло, Л.В. Туркиной, В.И. Грибанов, В.К. Муратов, Л.Д. Назарова и др. (Хохлова С.В., 2003).

В исследованиях, посвященных качеству жизни населения, важную роль играет проблематика изучения качества трудовой жизни (Quality of work Life – QWL – КТЖ), выявления её специфики и содержания (Г.М. Головина, В.Б. Рябов, Т.Н. Савченко). К числу основных направлений изучения данной категории, раскрывающей содержание понятия "качество жизни" в более широком спектре, включающем и трудовую деятельность, следует отметить такой раздел менеджмента, как "всеобщее управление качеством" (TQM – Total Quality Management). Ряд аспектов качества трудовой жизни рассматривается в публикациях по управлению трудовыми ресурсами, по организационной психологии, организационному поведению.

В рамках медицинских наук можно встретить следующее понимание качества жизни (КЖ): восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей. В качестве критериев оценки КЖ вводятся физические и психологические составляющие, уровень независимости, жизнь в обществе, окружающая среда, духовность.

Согласно определению ВОЗ, качество жизни – это совокупность факторов, определяющих физическое, психологическое, эмоциональное и социальное состояние больного, основанное на его субъективном восприятии. С 70-х годов XX столетия оценка КЖ стала широко использоваться как в научных исследованиях,

так и в практической медицине западноевропейских и североамериканских государств, позволяя решать ряд важнейших задач как на индивидуальном уровне в интересах конкретного больного, так и на системном уровне – для определения эффективности новых лечебных стратегий при различных заболеваниях. В последние годы оценка качества жизни проводится практически во всех областях медицины и насчитывает свыше 50 тыс. публикаций, сообщающих о результатах исследования (Гольшева С.В., 2007). КЖ, связанное со здоровьем, рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии (Новик А.А., Ионова Т.И., 2004). Исследование КЖ в медицине было призвано выдвинуть на первый план субъективное в переживании болезни, понимаемое преимущественно в терминах удовлетворенности – неудовлетворенности, благополучия – неблагополучия (Ахмедова О.С., 2008).

В настоящее время ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность); окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт).

При изучении качества жизни оценивают три основных компонента: функциональные способности, т.е. возможность осуществлять повседневную бытовую деятельность, социальную, интеллектуальную, эмоциональную функции достигать экономической обеспеченности; восприятие, т.е. взгляды и суждения человека, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью; симптомы и их последствия, которые являются следствием заболеваний и могут снижаться в результате вмешательства [36. С. 165-166].

Наиболее употребляемые значения, в которых используется понятие "качество жизни" в современном российском дискурсе, выглядит следующим образом:

- как общее обозначение фактических стандартов;
- как обозначение идеальных стандартов;
- как способ обозначения общего вектора отклонений реальной жизни населения от идеальных образцов;
- как комплекс образцов, стандартов, нормативов, выполняющих функции индикаторов (критериев) выявления проблемных областей в жизни населения;
- как некоторая интегральная характеристика бытия людей [29].

Таким образом, качество жизни определяется тем, в какой мере осуществлены наши потребности; насколько мы этим удовлетворены; как результаты этой реализации соотносятся с социальными стандартами и ресурсами общества. Улучшение качества жизни в данном контексте означает увеличение возможностей человека реализовать свои потребности в жизненные планы, достичь личного успеха.

Как основные интегральные компоненты категории "качества жизни населения" учеными предлагается рассмотреть [20]:

- качество населения, интегрирующее в себе такие свойства, как ожидаемая продолжительность жизни, уровень образования, квалификация, рождаемость и смертность, брачность и т.п.;
- благосостояние населения, интегрирующее в себе основные показатели уровня жизни и отражающее степень удовлетворения его материальных и духовных потребностей (реальные доходы, их дифференциация, уровень потребления благ и услуг, уровень здравоохранения, культуры и т.п.);
- социальная безопасность (или качество социальной сферы), отражающая уровень условий труда, социальной защиты, физической и имущественной безопасности члена общества, криминогенного и социально-политического здоровья самого общества и т.п.;
- качество окружающей среды (или качество экологической ниши), аккумулирующее данные о загрязнении воздушного пространства и воды.

Экспертами Программы развития ООН в 1990 году был предложен индекс развития человеческого потенциала

(ИРЧП) [37]. ИРЧП учитывает несколько аспекта человеческой жизни – долголетие населения, доступность знаний, адекватный уровень жизни, уровень нищеты. Сформированный на их основе комплекс индикаторов развития включает в себя свыше 20 статистических показателей:

- средняя продолжительность жизни населения;
- динамика численности;
- показатели естественного движения населения;
- доля лиц с вероятностью смерти до 40 лет;
- уровень младенческой смертности;
- семейные демографические показатели (доля неполных семей, доля детей матерей-одиночек, доля "отказных" детей и сирот);
- образовательный уровень взрослого населения;
- обеспеченность школами, комплектация и профессиональный уровень преподавательского состава, доля обучающихся в учебных заведениях;
- доля неграмотного населения;
- уровень развития здравоохранения (доля населения, не имеющего доступа к медицинскому обслуживанию);
- уровень заболеваемости населения "социальными" болезнями (такими, как туберкулез, СПИД, кожные и венерические болезни);
- распространенность алкоголизма, табакокурения и наркомании;
- распространенность психосоматических заболеваний;
- распространенность и частота эпизоотий;
- качество окружающей среды по основным санитарно-гигиеническим показателям (загрязненность воды, воздуха, почвы);
- уровень преступности по тяжким преступлениям (убийства, изнасилования, разбои, грабежи, тяжкие телесные повреждения);
- уровень нищеты (доля населения с доходами ниже прожиточного минимума, доля детей до пяти лет с недостаточной массой тела);
- уровень доходов населения (соотношение между средней оплатой труда и прожиточным минимумом, соотношение

между среднедушевыми доходами населения и прожиточным минимумом в регионе);

- уровень потребления основных продуктов питания (научно обоснованные нормы питания);
- уровень пенсионного обеспечения (соотношение между средним размером пенсионных выплат и прожиточным минимумом для пенсионеров, доля пенсионеров в населении региона);
- доступность и качество жилья (обеспеченность жильем, ввод нового жилья, развитие ЖКХ);
- развитие сферы бытового обслуживания населения;
- развитие сферы культуры.

Существует классификация исследовательских точек зрения на проблемы качества жизни:

1. *Субъективистская*, определяющая качество жизни как степень внутриличностной комфортности человека и комфортности в рамках макро- и микросоциума.
2. *Объективистско-потребительская*, утверждающая, что качество жизни предполагает наличие возможностей реализации потребностей субъектов в рамках того или иного социального пространства.
3. *Количественно-потребительская*, согласно которой качество – это комплексная характеристика удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, сложившихся условий жизнедеятельности и свободного развития отдельного человека и общества в целом.
4. *Аксиологическая*, рассматривающая качество жизни как совокупность жизненных ценностей, характеризующих структуру потребностей и условий существования человека, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой.
5. *Количественно-объективистская (комплексная)*, в соответствии с которой качество жизни понимается как комплекс характеристик жизнедеятельности индивида, обуславливающих ее оптимальное протекание в конкретном времени, в определенных условиях и обеспечивающих адекватность параметров жизни видам деятельности и потребностей человека.

6. *Синтетическая (количественно-субъективистская)*, связывающая качество жизни со степенью комфортности общественной и природной среды жизнедеятельности человека и уровня благосостояния, социально-духовного и физического здоровья.
7. *Субъективно-социодинамическая*, предполагающая, что качество жизни определяется удовлетворенностью населения благоприятной динамикой социально-экономических изменений.
8. *Реляционистская*, понимающая качество жизни как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте культуры и системы ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства [20].

Среди основных подходов к исследованию качества жизни принято выделять: объективный, субъективный и интегральный. Данные подходы нашли свое отражение в работах И.В. Бестужева-Лады, В.А. Ядова, Г.С. Батыгина, А.Л. Журавлева, Л.И. Лукьяновой, Н.И. Попова, Н.Н. Михайлова, Г.М. Зараковского, Л.А. Хахулиной, В.А. Хащенко, В.С. Янтарева, Г.М. Головиной, Т.Н. Савченко и др. Ряд исследователей применяет для оценки одновременно как объективные, так и субъективные показатели (К. Терюн, С. Маккол, Ф. Конверс, А. Кэмпбелл, В. Роджерс, В.С. Янтарев, С.И. Попов).

Субъективный подход не ограничивается изучением только степени удовлетворенности человека. Его сторонники утверждают, что качество жизни определяется и другими критериями, относящимися к социальной, духовной, культурной, психологической и нравственной сторонам жизни в целом. Они представляют себе качество жизни как совокупность преимущественно духовных потребностей, нравственных ценностей людей. В конце XX столетия субъективный подход к изучению категории качества жизни получил развитие в социологической науке, а потом и в психологической.

Понятие качества жизни характеризует не только материальные стороны жизни людей, но и духовные. Так, И.В. Бестужев-Лада определял качество жизни как социологи-

ческую категорию, выражающую "качество удовлетворения материальных и духовных потребностей людей" [5].

Отечественный социолог Б.В. Бойцов определяет качество жизни как системно-целостное образование, формируемое как взаимосвязь разнокачественных составляющих: качество природной среды, качество здоровья популяции, духовное качество, качество образования, при этом на целостность и смысловую завершенность качества жизни влияет духовность. По мнению Б.В. Бойцова, духовность является определяющей основой качества жизни, выражает внутреннюю его целостность, вносит смысл и ценности в жизнедеятельность. Она существенно расширяет и укрепляет системные взаимосвязи между составляющими качества жизни [6].

А.И. Субетто определяет качество жизни как систему качеств духовных, материальных, социокультурных, экологических и демографических компонентов жизни. Он выделяет три рода качества жизни, характеризующих различные ее "срезы". Первый "срез" качества жизни – предметно-вещественный, который позволяет рассмотреть биологические, физиологические и материальные аспекты качества жизни; второй – функциональный – с его помощью можно оценить жизнь с точки зрения потребностей и способностей человека во взаимодействии с социально-экономическими, культурными и экологическими "пространствами"; третий "срез" качества жизни – системно-социальный – раскрывает качество самих "пространств" [32].

С.А. Айвазян рассматривает категорию "качества жизни" (страны, отдельного региона, однородной социо- и демографо-экономической страты, индивидуума) как синтетическую фило-софско-психолого-биолого-социоэкономическую. По мнению автора, качество жизни должно пониматься в синтетическом, комплексном смысле, далеко выходящем за пределы таких более привычных понятий, как "уровень жизни", "индекс человеческого развития", "уровень социальной безопасности", "качество окружающей среды" и т.п. [1].

В исследованиях, ведущихся в ВНИИТЭ в с 1999 года под качеством жизни понимается совокупность жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека, удовлетворенность

людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой [7, 10, 24]. По мнению Г.М. Головиной, Т.Н. Савченко, операциональное определение КЖ как интегрального показателя жизнедеятельности людей, включает в себя как объективные, так и субъективные показатели. Объективные показатели характеризуют уровень жизнедеятельности конкретного человека, а субъективные показатели – степень удовлетворения его потребностей и ценностных структур разного уровня [31].

В психологии для исследователей особый интерес представляет субъективный подход к изучению качества жизни, который связан с тем, что изучаются потребности и интересы конкретных людей, которые всегда индивидуальны и отражаются в субъективных представлениях индивидов, их личных мнениях и оценках. Поскольку в рамках данного подхода концепции качества жизни базируются на утверждении, что истинное значение качества жизни отражено в субъективных ощущениях индивидов, то здесь особое внимание уделяется изучению общей удовлетворенности жизнью, ощущения счастья [8], основных факторов и детерминант, которые определяют удовлетворенность жизнью человека в современных условиях; социально-психологических факторов жизнедеятельности личности в условиях изменений; социально-психологических особенностей человека, его ценностных ориентаций, норм поведения, внутриличностных конфликтов [33], психологии субъективного благополучия и неблагополучия личности (Шамионов Р.М., 2008) [35].

Л. Леви и Л. Андерсон под качеством жизни подразумевают оценку совокупности условий физического, умственного и социального благополучия, как они понимаются отдельным индивидумом и отдельной группой, включая понимание таких состояний, как счастье, удовлетворение и удовольствие. Они подчеркивают, что наряду с обобщающими оценками здесь возможно и выделение таких компонентов жизненной удовлетворенности, как удовлетворенность состоянием здоровья, женитьбой, семейными отношениями, работой, домашними условиями, финансовым положением, возможностями получения образования, самооценкой, способностью к созиданию и др. [23].

Субъективный подход не ограничивается изучением только степени удовлетворенности человека. Сторонники этого подхода утверждают, что качество жизни определяется и другими критериями, относящимися к социальной, духовной, культурной, психологической и нравственной сторонам жизни в целом. Они представляют себе качество жизни как совокупность преимущественно духовных потребностей, нравственных ценностей людей. Так, в работах В.А. Хащенко и А.В. Барановой качество жизни рассматривается как сложный феномен, охватывающий социальное и индивидуальное благополучие, выходящий за рамки традиционного представления о материальном благополучии, "жизненном уровне" и включающий трудно поддающиеся количественному определению философские, культурные и психологические компоненты [3]. В.А. Хащенко указывает, что измерение субъективного экономического благополучия представляет собой серьезную теоретическую и практическую проблему в силу ее особой значимости и междисциплинарности, он разработал теоретико-методологическую основу определения субъективного экономического благополучия, которое рассматривается как отношение личности к материальным аспектам жизни и выражает ее жизненную позицию в сфере материальных устремлений и потребления.

Некоторые аспекты данной проблематики рассматриваются в экономико-психологических исследованиях таких авторов, как О.С. Дейнека, А.Н. Демин, Д.А. Китова, А.Б. Купрейченко, А.Н. Лебедев, В.П. Поздняков, В.А. Хащенко, А.Е. Чирикова, О.В. Гордякова, Н.А. Журавлева, В.А. Поликарпов, Е.Б. Филинкова, Т.В. Фоломеева, Е.В. Шибанова и др.

Субъективное восприятие жизни тесно связано с исследованиями психологического благополучия и неблагополучия личности. В зарубежной психологии личности во второй половине XX века активизировались исследования психологического благополучия, породившие многообразие подходов к определению содержания данного понятия (Bradburn N., 1969; Diener E., 1984, 1995; Ryff S., 1989, 1995, 1996; Ryan R., Deci E., 2000; Waterman A., 1993), а также многочисленные эмпирические исследования, направленные в основном на изучение различных "внешних" (социокультурных, социально-экономических, социально-

психологических, психологических) факторов, его обуславливающих (Bradburn N., 1969; Diener E., 1984, 1995; Kasser T., Ryan R., 1993; Ryff C., 1995; Richard R., Frederick C., 1997).

В исследованиях субъективного благополучия в западной психологии на протяжении последних десятилетий (Вилсон, Diener, Oishi, Suh, Myers, Lucas, Smith) последовательно выдвигались и проверялись различные теоретические модели субъективного благополучия (Costa, McCrae; Brickman; Coates, Janoff-Bulman).

В мировой науке особое внимание уделяется изменениям, характерным для уровня психологического благополучия в связи с социальными условиями, урбанизацией, религиозностью и рядом других факторов (Крайг, 2000; Стюарт-Гамильтон, 2002; Ryff, Keyes, 1995; Ryff, 1996; Ryff, Singer, 2000; Ryff et al., 2004; Frazier, Mintz, Mobley, 2005; Miquelon, Vallerand, 2008; Hermalin, 2010).

Значительный вклад в изучение благополучия внесли исследования позитивного психологического функционирования (А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Олпорт, К.Г. Юнг, Э. Эриксон, М. Яхода, М. Чиксентмихай), психологического здоровья (Б.С. Братусь, А.В. Воронина, Л.Э. Кузнецова), счастья (М. Аргайл, М. Селегман, И.А. Джидарьян, И. Бонивелл, А.Л. Кроник), психологического благополучия (Н. Брэтбурн, К. Рифф, Р. Райан, Е. Деси, С. Кейс и С. Лопез, М. Яхода, А.В. Воронина, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова, М.В. Бучацкая, Т.В. Фоломеева), субъективного благополучия (Е. Динер, И. Бонивелл, М.В. Соколова, Л.В. Куликов, Р.М. Шамионов), психоэмоционального благополучия (А.И. Подольский, О.А. Карабанова, О.А. Идобаева), экономического благополучия (В.А. Хашченко, К. Муздыбаев).

Активно изучается связь психологического благополучия с различными особенностями личности (смысложизненными ориентациями, суверенностью психологического пространства, стратегиями жизни и т.д.) и ее социальными характеристиками; разрабатывается инструментарий для измерения психологического благополучия, происходит уточнение и операционализация самого понятия; исследуется влияние разнообразных объективных и субъективных факторов на психологическое благопо-

лучие личности (А.В. Баранова, А.В. Воронина, Т.О. Гордеева, А.Е. Созонтов, П.П. Фесенко, Н.П. Фетискин, Т.Д. Шевеленкова, О.С. Ширяева и др.).

Современная концепция качества жизни связана с изучением социально-психологических механизмов, опосредующих реальное удовлетворение жизнью, с выделением когнитивного, аффективного компонентов качества жизни (Савченко Т.Н. 1999; Головина Г.М., Савченко Т.Н., 2002).

О высоком уровне интереса к данной проблематике на настоящем этапе свидетельствует и количество публикаций в научной электронной библиотеке E-library, посвященное проблемам качества жизни – 413212 публикаций.

Анализ современной зарубежной и отечественной литературы по проблеме оценки качества жизни свидетельствует в первую очередь о недостаточности диагностического инструментария, обусловленной разнообразием концепций, целей, парциальностью составляющих параметров и критериев качества жизни [33]. Анализируя работы ведущих исследователей качества жизни, необходимо обратить внимание на следующие диагностические подходы к оценке психологических факторов качества жизни:

- *комплексный подход*, предполагающий изучение многоуровневых индикаторов качества жизни с помощью различных методов и методик (анкетирование, опрос, тестирование, метод обобщения независимых характеристик и др.) (А.Л. Журавлев, Г.М. Зараковский, В.А. Хашченко);
- *парциальный подход* к изучению отдельных индикаторов качества жизни с последующим их структурированием (Г.М. Зараковский, Г.М. Головина, А.В. Баранова, Т.Н. Савченко и др.);
- *монотипный подход* независимо от объекта исследования (т.е. недифференцированность изучения качества жизни на уровне человека, социальных групп, общества).

В.И. Кулайкин в числе наиболее значимых парциальных параметров качества жизни предлагает рассматривать социально-психологическое, социально-личностное, социально-экономическое качество жизни, качество личной свободы, качество средовых условий жизнедеятельности, качество здоровья,

качество потребностно-мотивационной сферы, качество смысло-жизненных ценностей и целей, качество самореализации, качество эпохи и общества. В его работе качество жизни трактуется как противоречивая система взаимодействия материальных, духовно-нравственных, интеллектуальных, социокультурных, экологических и демографических компонентов жизни. В нем заключаются и индивидуальное, и общественное (социальное) качества жизни, раскрывается разнообразие потребностей человека, его потенциал к всестороннему, гармоничному, творческому развитию [22].

Г.М. Зараковский определяет качество жизни как интегральное свойство жизнедеятельности людей – уровень соответствия характеристик жизненных процессов и их текущих результатов позитивным потребностям индивидов или их социумов. Исходя из данного определения, Г.М. Зараковский [9,11] связывает качество жизни с качеством населения. Для построения показателей качества жизни и определения взаимоотношений качества жизни и качества населения автор выделяет четыре компонента в составе интегрального показателя качества населения (или жизненного потенциала населения): показатели потребностей, популяционного анатомо-физиологического статуса и здоровья, духовно-деятельностного потенциала и психических состояний. Автор акцентирует взаимосвязь психологических факторов с различными средовыми условиями, структурно-личностными особенностями, процессами жизни, информационными средствами в сочетании психологическими возможностями человека. Рассматривая структуру и номенклатуру показателей, по которым можно судить о качестве жизни, Г.Н. Зараковский предложил следующую иерархическую систему показателей. На верхнем уровне она включает в себя три блока: здоровье, благосостояние и социально-личностное благополучие. Основным блоком по насыщенности психологическими факторами является последний блок, складываясь из социально-демографического потенциала, социального самочувствия и самореализации граждан в различных сферах жизнедеятельности.

В Чувашской Республике в настоящее время исследования по проблематике психологии качества жизни ведутся в Чуваш-

ском государственном университете имени И.Н. Ульянова на базе кафедре социальной и клинической психологии в русле двух научных направлений "Психологические основы адаптации, здоровья и благополучия личности" и "Экономическая психология: региональные и социокультурные аспекты".

В работах Е.Л. Николаева проводится междисциплинарный анализ феноменологии здоровья личности, опирающийся на многофакторное сравнительное исследование клинических, психологических и социокультурных параметров больного и здорового населения Чувашии. Изучаются специфические для республики социокультурные факторы, влияющие на состояние психического здоровья личности и формирование заболеваний [25-28]. В научных публикациях А.Н. Захаровой анализируется проблематика качества жизни в исследовательском ракурсе социокультурного и регионального контекста качества жизни и благополучия личности [12-15], в рамках изучения экономического менталитета в структуре российской полиментальности [16-18]. В исследованиях Г.С. Дулиной затронута тема некоторых кросс-культурных аспектов восприятия качества жизни на материалах персонала организаций Чувашии и Татарстана [19].

Подводя итоги обзора научных публикаций, посвященных проблеме изучения качества жизни, сделаем некоторые выводы:

1. Анализ основных подходов зарубежных отечественных и исследователей к трактовке понятия качества жизни позволяет сделать вывод, что существует ряд концептуальных подходов к его определению. При этом каждый из подходов может иметь место при определенных условиях, поскольку качество жизни – это постоянно эволюционирующая научная категория, которая наполняется различным содержанием в зависимости от времени и исследовательского подхода авторов.
2. Анализ состояния исследований в предметной области исследования показывает, что при всем многообразии подходов к анализу качества жизни отсутствует законченная, устоявшаяся, сложившаяся теоретико-методологическая основа для формирования эффективной системы диагностики, мониторинга и психологического сопровождения качества

жизни в условиях социально-экономической трансформации российского общества.

3. В силу сложности исследуемого объекта, большого числа анализируемых показателей, их типовой неоднородности можно утверждать, что для оценки качества жизни, необходим не один, а комплекс методов исследования, реализации междисциплинарного, системного подхода. На наш взгляд, особого внимания исследователей и дальнейшего изучения требуют социально-психологические и клинико-психологические аспекты качества жизни.
4. В исследовании должны найти объективный, субъективный и интегральный подходы к изучению качества жизни, оценки одновременно объективных и субъективных показателей. При этом особое внимание в исследовании должно быть уделено психологическим показателям качества жизни, что связано с утверждением, что значение качества жизни отражено в субъективных ощущениях: в общей удовлетворенности жизнью, ощущении счастья – в основных факторах и детерминантах, определяющих удовлетворенность жизнью человека в современных условиях. Это подтверждается рядом исследований, свидетельствующих, что субъективные показатели являются определяющими в оценке населением качества жизни.

Литература

1. *Айвазян С.А.* Анализ синтетических категорий качества жизни населения субъектов Российской Федерации: их измерение, динамика, основные тенденции // Уровень жизни населения регионов России. 2002. № 11. С. 5-40.
2. *Аристотель.* Органон. М.: Мысль, 1978. Т. 2. С. 392.
3. *Баранова А.В., Хащенко В.А.* Восприятие и оценка качества жизни // Экономическая психология: совр. проблемы и перспектива развития: материалы ежегодной всерос. науч.-практ. конф. СПб.: Изд-во СПбГУ экономики и финансов, 2002. С. 36-39.
4. *Белова Н.П., Калинина Г.В., Смирнов В.В.* Анализ условий социального развития регионов // Аудит и финансовый анализ. 2010. № 5. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://auditfin.com/fin/2010/5/10_02/10_02%20.pdf (дата обращения 09.06.2014).

5. *Бестужев-Лада И.В.* Поисковое социальное прогнозирование: перспективные проблемы общества. М.: Наука, 1984. С. 187.
6. *Бойцов Б.В., Крянев Ю.В.* Антология русского качества. М.: Стандарты и качество, 2000. 426 с.
7. *Давыдов Е.Е., Давыдова А.А.* Измерение качества жизни. М.: Изд-во РАН, 1993.
8. *Джидарьян И.А.* Счастье в представлениях обыденного сознания // Психол. журн. 2000. Т. 21, № 2. С. 40-48.
9. *Зараковский Г.М.* Психологический аспект разработки показателей и критериев качества жизни населения России // Совр. психология: состояние и перспектива исслед. Ч. 1. / под ред. А.В. Брушлинского, А.Л. Журавлева. М.: Изд-во ИП РАН, 2002. С. 96-109.
10. *Зараковский Г.М., Степанова Г.Б.* Психологический потенциал: индивидуальный и популяционный // Человек. 1998. № 3.
11. *Зараковский Г.М.* Качество жизни населения России: психологические составляющие. М.: Смысл, 2009.
12. *Захарова А.Н.* Качество жизни современной молодежи: социально-психологические аспекты // Качество и конкурентоспособность: сб. тр. всерос. конф. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2010. С. 175-182.
13. *Захарова А.Н.* Отношение к здоровью как фактор качества жизни // Прикладная психология в условиях модернизации системы образования: традиции и современность: сб. ст. и тезисов. Чебоксары: Пегас, 2008.
14. *Захарова А.Н.* Психологическое благополучие личности в трансформирующемся обществе: теорет.-методол. основы изучения // Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения: сб. науч. тр. междунар. конф. / под ред. Е.Л. Николаева. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та. 2012. С. 8-11.
15. *Захарова А.Н.* Психология качества жизни: теоретические основы исследования // Качество и конкурентоспособность: сб.тр. Всерос. конф. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2010. С. 182-188.
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., Дулина Г.С., Степанова Е.В.* Кросс-культурные особенности управления персоналом организации и качества жизни // Качество и конкурентоспособность: сб. тр. всерос. конф. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2010. С. 166-170.
20. *Калинина Г.В.* "Качество жизни" как феномен социального развития // Вестник Чуваш. ун-та. Сер. Гуманитарные науки. 2006. № 7. С. 67-79.
21. *Качество* в истории цивилизации: эволюция, тенденции и перспективы управления качеством: в 3 т. / под ред. Дж. Джурана; пер. с англ. О.В. Замятиной, Я.А. Лева. М.: Стандарты и качество, 2004.
22. *Кулайкин В.И.* Социально-психологические параметры качества жизни в различных социальных группах: автореф. дис.... канд. психол. наук. Кострома. 2006.
23. *Леви Л., Андерсон Л.* Народонаселение, окружающая среда и качество жизни. М.: Экономика, 1979.
24. *Методика* оценки качества жизни / ВНИИТЭ. М., 2000.
25. *Николаев Е.Л.* О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // Соц. и клин. психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 38-45.
26. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
27. *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.
28. *Николаев Е.Л., Суслова Е.С., Александров Д.В.* Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чуваш. ун-та. 2010. № 4. С. 164-170.
29. *Отчет* о научно-исследовательской работе по теме: Разработка и экспериментальная апробация индикаторов качества жизни населения Калининградской области (I этап) / Науч. руководитель В.И. Бойков. Калининград, 2003. С. 23-24.
30. *Савченко Т.Н., Головина Г.М.* Экология человека: теоретическое и экспериментальное исследование качества жизни. М.: Ин-т психологии РАН, 1996.

31. *Савченко Т.Н., Головина Г.М.* Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. М.: Ин-т психологии РАН, 1996.
32. *Субетто А.И.* Управление качеством жизни и выживаемость человека // Стандарты и качество. 1994. № 1. С. 32-33.
33. *Фетискин Н.П., Кулайкин В.И., Миронова Т.И.* Психодиагностика качества жизни в российской ментальности: науч.-метод. пособие. М.; Кострома: Костром. гос. ун-т имени Н.А. Некрасова, 2006. 117 с.
34. *Форрестер Д.* Мировая динамика М.: Наука, 1978.
35. *Шамионов Р.М.* Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. Саратов: Научная книга, 2008. 296 с.
36. *Fairclough L.D.* Design and analysis of quality of life studies in clinical trials. Charman & Hall / CRC. 2002. P. 164-177. Приводится по: Проценко А.С., Абишев Р.Э. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни // Современная медицина: тенденции развития: материалы междунар. заочн. науч.-практ. конф., 2 апреля 2012 г. Новосибирск: Сиб. ассоциация консультантов, 2012. С. 92-95.
37. *Human development report 1990.* N.Y.: Oxford Univ. Press, 1990.
38. *Rostow W.* Politics and the stages of growth. Cambridge Univ. Press, 1971. P. 22.

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

О ПЛЕНУМЕ ПРАВЛЕНИЯ РОП В САМАРЕ

20 сентября 2013 г. в Самаре состоялся Пленум Правления Российского общества психиатров, проходивший совместно с Всероссийской научно-практической конференцией "Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии". На Пленуме, участниками которого были 145 делегатов, обсуждался ряд важных вопросов деятельности РОП и психиатрической службы страны.

Председатель Правления Самарской областной психиатрической ассоциации **Д.В. Романов** выступил с богато иллюстрированным докладом, посвященным истории развития психиатрической службы и общества психиатров в Самарской области.

Доклад Председателя Правления РОП **Н.Г. Незнанова** содержал отчет о работе за период, прошедший после последнего Пленума. Он отметил возросшую активность комиссий и секций Правления, успешное развитие информационной инфраструктуры Общества (в первую очередь, сайта РОП). Пленум единогласно признал работу Правления за отчетный период удовлетворительной.

Заместитель председателя Правления РОП **О.В. Лиманкин** рассмотрел деятельность региональных отделений, отметив, что за прошедшие после XV съезда 3 года удалось достичь качественного изменения ситуации: практически воссоздана региональная сеть Общества, значительно активизировалась деятельность "на местах". В настоящее время региональные отделения РОП действуют в 76 из 83 субъектов РФ (т.е. в 92 %); 38 из них юридически зарегистрированы. Региональные отделения созданы во всех субъектах Центрального, Южного, Уральского, Приволжского, Сибирского и Северо-Западного федеральных округов. В Дальневосточном ФО отсутствуют региональные отделения РОП в 6 субъектах РФ; в Северо-Кавказском – в Республике

Ингушетия. По сведениям региональных организаций, на 20.09.2013 г., общее число членов РОП составляет более 8,5 тысячи, что превышает 50 % – уровень от численности общего числа работающих врачей- психиатров (по данным МЗ РФ).

С отчетом о работе выступил региональный представитель Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) по Восточно-Европейской (10-й) зоне **П.В. Морозов**. Он отметил, что в 2011-2013 гг. активно происходил процесс интеграции психиатрических сообществ стран 10-й зоны, что нашло отражение в регулярных конференциях и встречах, информационных обменах, совместных издательских проектах, организации обучения специалистов разных стран, выработке общих стратегий, взаимных консультациях и мониторинге служб охраны психического здоровья. Пленум единогласно одобрил деятельность **П.В. Морозова** и выразил поддержку проводимой им работе.

Член Правления РОП **М.А. Ландышев** представил отчет ревизионной комиссии о деятельности Правления в 2012 году. Высказав ряд замечаний в адрес региональных отделений (несвоевременная сдача членских взносов), ревизионная комиссия, тем не менее, отметила существенное изменение положения дел в лучшую сторону за отчетный период. Отчет ревизионной комиссии был единогласно утвержден Пленумом.

В соответствии с порядком, принятом на Пленуме Правления РОП в 2011 г., на форуме прошли очередные отчеты руководителей секций и комиссий Правления. С отчетом секции социальной психиатрии выступил **В.С. Ястребов**, отметив возрастающее значение в системе оказания психиатрической помощи различных форм психосоциального лечения и реабилитации, работы с пациентскими организациями. **Н.Д. Букреева** в своем отчете отметила, что деятельность комиссии по организации психиатрической помощи проводилась в тесном контакте с региональными психиатрическими учреждениями в рамках продолжающейся Министерством здравоохранения стандартизации психиатрической помощи.

Руководитель комиссии Правления РОП по профессиональной этике **Е.В. Снедков** подвел итоги обсуждения Положения о работе комиссии и поблагодарил его участников за внесенные

предложения. Пленум утвердил Положение о комиссии по профессиональной этике.

Член Правления РОП **И.А. Мартынихин** представил результаты дискуссии о введении идентификационных документов членов Общества и системе их учета. Все предложения были утверждены Пленумом единогласно.

Заместитель Председателя Правления РОП **О.В. Лиманкин** выступил по вопросу о внесении изменений в состав Правления. В соответствии с предложениями региональных отделений из Правления были выведены лица, выбывшие из профессиональной среды и утратившие связь с региональными организациями: В.А. Абрамкин (Ульяновская область); М.А. Алисханов (Республика Ингушетия); Э.Л. Аронов, С.М. Уманский (Тюменская область); В.М. Фомичева, Т.А. Котова (Орловская область); Б.А. Трифонов (Свердловская область); В.Л. Дресвянников, В.Ю. Завьялов, Г.Т. Красильников (Новосибирская область); В.Э. Новиков (Кемеровская область); Г.А. Сидоров, А.В. Улезко (Астраханская область); Б.М. Похил (Белгородская область); Е.Л. Ленский (Чукотский АО); А.В. Клочков, Г.Я. Миланин (Курганская область); Л.Г. Гуревич (Ставропольский край); В.П. Бессарабов (Республика Калмыкия). Решение было принято большинством голосов (1 – против; 2 – воздержались).

По предложению региональных отделений в состав Правления были приняты новые члены: Д.В. Култышев, Е.В. Родяшкин (Тюменская область); В.А. Руженков (Белгородская область). Решение было принято единогласно.

О.В. Лиманкин доложил о начале работы по подготовке нового устава РОП, что диктуется изменениями законодательства, новыми задачами Общества в связи с идущей в стране административной реформой. Он предложил сразу после окончания работы Пленума объявить открытую дискуссию по проекту нового устава на сайте РОП и провести юридическую экспертизу действующего устава и всех поступающих предложений по его изменению. Пленум единогласно утвердил рабочую группу по подготовке нового устава – к XVI съезду РОП в 2015 году – в составе: Н.Г. Незнанов (председатель), О.В. Лиманкин, В.Н. Краснов, К.К. Яхин, И.А. Мартынихин, С.Н. Мосолов, М.А. Ландышев, Е.В. Снедков, В.Я. Евтушенко.

Пленум Правления единогласно проголосовал за принятие в РОП в качестве ассоциированных членов ассоциаций психиатров Московской, Самарской и Иркутской областей.

Председатель Правления **Н.Г. Незнанов** вручил почетные грамоты РОП за плодотворную деятельность по организации психиатрической помощи учреждениям, отметившим юбилей: Рязанской ОКПБ имени Н.Н. Баженова, Свирской ОПБ, Новокузнецкой КПБ, Вологодской ОПБ, Республиканскому ПНД Дагестана. Почетными грамотами была отмечена активная деятельность Татарстанского регионального отделения РОП и Самарской ассоциации психиатров.

В прениях и дискуссиях были затронуты важные вопросы деятельности РОП и психиатрических служб: необходимость активизации работы по преодолению стигмы и формированию положительного имиджа психиатрии (**И.В. Шадрина**); бедственное материально-техническое состояние многих психиатрических стационаров, что является причиной пожаров и других ЧП (**Ю.И. Полищук**); изъяны законопроекта, разрешающего применение огнестрельного оружия службе охраны мест содержания больных, находящихся на принудительном лечении (**В.Д. Стяжкин**); вопросы сотрудничества профессиональных объединений специалистов в области психиатрии и психотерапии (**В.И. Курпатов**); распространение специализированных психиатрических изданий через информационную структуру РОП (**Б.Н. Пивень**); организационные и финансовые проблемы в работе региональных отделений (**М.А. Ландышев**). Как всегда, полемичным и острым было краткое выступление представителей НПА России **Ю.С. Савенко** и **Л.Н. Виноградовой**, посвященное правовым проблемам.

Обсуждение ряда этих вопросов было продолжено 21 сентября на совещании руководителей психиатрических служб регионов. Было принято решение в месячный срок подготовить соответствующие обращения в МЗ РФ, Правительство РФ и уполномоченному по правам человека.

К.Ю. Ретюнский выступил с презентацией нового периодического специализированного издания "Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии".

Неожиданным стало появлением на трибуне Пленума представителей правозащитного регионального объединения "Гражданская инициатива" (**В.А. Карлов, А. Круглов**); впрочем, заявленный ими скандальный стиль дискуссии был погашен встречным приглашением к конкретному обсуждению проблем.

Вторая часть Пленума Правления РОП была посвящена вопросам профессионального образования в области психиатрии.

Член Правления **А.Е. Бобров** выступил с докладом, в котором рассматривались сложные проблемы реформирования профессионального образования в нашей специальности. Пленум единогласно поддержал его предложения о создании экспертного совета по образованию РОП и координации разработки нового образовательного стандарта по психиатрии.

Заместитель председателя Правления **К.К. Яхин** представил обзор законодательных инициатив в области последиplomного образования, рассказал о составлении программ обучения в интернатуре и ординатуре, подчеркнул важность непрерывного профессионального образования.

Руководитель секции судебной психиатрии **А.А. Ткаченко** рассказал о подготовке судебно-психиатрических экспертов в свете законодательных реформ в РФ.

На Пленуме были обсуждены вопросы создания профессионального стандарта «Специалист в области психического здоровья». Член Правления **И.А. Мартынихин** выступил с проектом создания системы учета непрерывного медицинского образования для членов РОП, которую целесообразно интегрировать в систему учета членов РОП. Данная инициатива была единогласно поддержана участниками Пленума.

А.П. Морозова, представитель агентства медицинских коммуникаций "Да Сигна", рассказала о готовности компании выступить техническим организатором образовательных мероприятий Российского общества психиатров в различных регионах страны и в Интернет-пространстве.

*Информация с сайта Российского общества психиатров:
<http://psychiatr.ru/news/139>*

О ПРОВЕДЕНИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

14-17 мая 2014 года в Санкт-Петербурге состоится ключевое событие Российского общества психиатров в 2014 году – Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?".

В рамках конференции пройдут заседание Президиума Правления Российского общества психиатров и XVII Всемирный конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии (17th World Congress of the WADP). Организаторы: Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российское общество психиатров, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева.

Актуальность конференции определяется высокой распространенностью психических расстройств среди населения, высокой выявляемостью психической патологии в общемедицинской сети, необходимостью улучшения междисциплинарного взаимодействия. Стандарты оказания психиатрической и психотерапевтической помощи требуют дальнейшего совершенствования с созданием профессиональных бригад и определением алгоритма взаимодействия различных специалистов. Медико-социальное значение приобретает также разработка более современных методов дифференциальной диагностики, лечения и профилактики психических заболеваний с учетом результатов генетических и нейровизуализационных исследований. Планируемая конференция является важной с точки зрения обсуждения организационных вопросов в сфере защиты психического здоровья населения и реинтеграции психически больных в общество. Конференция поможет специалистам различного профиля обсудить широкий круг актуальных вопросов, найти точки соприкосновения в изучении психической патологии как первичной, так и являющейся следствием соматических нарушений,

ознакомиться с имеющимся передовым опытом и определить приоритеты дальнейшего развития профильных служб с внедрением передовых технологий в практику здравоохранения.

Дополнительная информация на сайте Российского общества психиатров: <http://psychiatr.ru/events/204>

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Станько Э.П., Игумнов С.А. Качество жизни пациентов с опиоидной зависимостью и различным ВИЧ-статусом // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 8–13.**

Установлены низкие показатели социального функционирования, физического и психологического компонентов здоровья пациентов с опиоидной наркоманией с различным ВИЧ-статусом, а также прямое и обратное влияние параметров субъективной (SF-36) и объективной (СФ) шкал исследования качества жизни и социального функционирования наркозависимых пациентов с различным ВИЧ-статусом.

Ключевые слова: опиоидная зависимость (наркомания), ВИЧ, качество жизни.

Крылов В.И., Бутылин Д.Ю. Нарушение эмоциональной и волевой регуляции психической деятельности как основа для развития навязчивых нарушений // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 14–20.**

Нарушение эмоциональной и волевой регуляции психической деятельности является основой для возникновения навязчивых нарушений. Появление разобщенных патологических аффектов приводит к формированию ложных когнитивных представлений, служащих основой для навязчивых нарушений. Психотерапевтическая работа направлена на восстановление эмоционально-волевой регуляции за счет выявления разобщенных патологических аффектов, основных базовых эмоций и выделения сформированных ложных когнитивных установок.

Ключевые слова: обсессивно-фобические расстройства, множественные навязчивости, ложные когнитивные представления, эмоционально-волевая регуляция.

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Особенности агрессивных проявлений у подростков с различными типами акцентуаций в условиях социальной фрустрированности // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 21–30.**

Проведено исследование взаимосвязи агрессивного поведения с личностными и эмоционально-волевыми особенностями у учащихся техникума с учетом степени подверженности подростков социальной фрустрированности. Выявлено, что при высокой социальной фрустрированности подростки более тревожны, агрессивны и враждебны во

взаимоотношениях с окружающими, имеют сниженную способность к саморегуляции эмоционального состояния и волевому самоконтролю поведения. При возникновении ситуации фрустрации в зависимости от типа акцентуации характера подростки склонны к проявлению различных форм агрессивного поведения.

Ключевые слова: агрессивность, агрессивное поведение у подростков, враждебность, социальная фрустрированность, акцентуации характера.

Сидорова А.В., Иванова И.С., Судякова М.Ю., Андреева А.П. Факторы стигматизации психически больных старшеклассниками // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 31–37.

Опрос 544 школьников (мальчиков – 230, девочек – 314) 9-11 классов общеобразовательных учреждений в городской и сельской местности Чувашии показал в целом негативное отношение к психически больным (57 % интолерантных ответов). Высокодостоверные различия получены между многими факторами шкалы у школьников разных классов. С возрастом они видят больше больных и становятся более терпимыми к ним. В городе молодые люди чаще испытывали дискомфорт при встрече психически больных, а в сельской местности они были склонны к их социальной изоляции. Образ больного с психическими расстройствами ассоциировался с агрессивностью, опасностью, непредсказуемостью. С другой стороны, включал такие оценки, как "слабый, требующий наблюдения и ухода, неспособный самостоятельно принимать решения".

Ключевые слова: стигматизация, психически больные, старшеклассники, Чувашия.

Велиева С.В. Диагностика психических состояний и отношений дошкольников в семье // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 38–59.

В статье представлен обзор методик изучения детско-родительских отношений в семье, обсуждаются возможности цветоассоциативных методик для их диагностики. Предложена методика диагностики психических состояний и эмоциональных компонентов отношений дошкольников в семье.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, дети дошкольного возраста, психические состояния, методики диагностики.

Башмакова О.В. Биопсихосоциальная структура отношения студентов-медиков к психиатрии и психотерапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 60–65.

Для выявления отношения к изучению психиатрии и психотерапии проведено анонимное анкетирование в форме полуструктурированного интервью 82 студентов V курса медицинского факультета. Обнаружено неоднозначное отношение к психиатрии и психотерапии: сочетание интереса к данным дисциплинам с эмоциональным напряжением, опосредованным биопсихосоциальной структурой восприятия психопатологических явлений.

Ключевые слова: психиатрия, психотерапия, студенты, эмоциональное напряжение.

Калинина Е.В. Факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость пациентов к врачу-психиатру // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 66–72.

В работе рассматриваются вопросы раннего выявления психических расстройств и определения факторов, оказывающих влияние на обращение к врачу-психиатру. Выявлено, что в 49,6 % случаев первое обращение к психиатру приходится на лиц трудоспособного возраста, 25,5 % – на детей в возрасте до 18 лет и в 24,9 % – на пенсионный возраст. Причины обращения к психиатру разделяются на социодемографические, клинические, организационные, информационные.

Ключевые слова: психические расстройства, первичная обращаемость к психиатру, психиатрическая служба.

Миназов Р.Д. Психодрама как метод психотерапии в реабилитации наркозависимых // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 73–90.

В статье на основе анализа 71 источника подробно описаны возможности применения психодрамы как психотерапевтического метода в реабилитации наркозависимых. Рассмотрены основные задачи психодраматической терапии, ее формы, фазы, терапевтические факторы, вопросы сочетания психодрамы с другими методами и подходами психотерапии. Изучены возможности интегративного подхода, критерии оценки эффективности психодрамы, в том числе с учетом особенностей наркологической практики. Обоснованы преимущества использования психодрамы в реабилитации наркозависимых.

Ключевые слова: психодрама, психотерапия, реабилитация, наркология, наркозависимые, эффективность.

Колотильщикова Е.А. Психологическая диагностика невротических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 91–108.

В обзоре представлен анализ научных работ, посвящённых психодиагностическому исследованию больных невротическими расстройствами: изучена структура личности больных, используемые больными механизмы психологической защиты и копинг-стратегии, особенности фрустрационного реагирования. Описаны результаты исследования системы отношений личности, локуса контроля, том числе в динамике за последние десятилетия. Рассмотрены работы по изучению особенностей интеллектуальной деятельности больных невротическими расстройствами.

Ключевые слова: невротические расстройства, личность, психологические защиты, копинг, фрустрация, самоотношение, интеллект.

Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психосоциальные риски и ресурсы при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 109–130.

Объём исследований психосоциальных ресурсов личности при кардиальной патологии, представленных в современной психологической и медицинской литературе, значительно уступает массиву научных данных, посвящённых изучению факторов риска, что отражает явную недооценку роли ресурсного компонента в процессе лечения и профилактики кардиальных больных. Описанные психологические ресурсы личности можно разделить на интраперсональные (стрессоустойчивость, жизнестойкость, психологическая защита, копинг, вера и др.) и интерперсональные (социальная поддержка, социальные контакты, забота о семье и др.).

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, психосоциальные ресурсы, личность, стресс, аффективная сфера, социальная поддержка, религиозность.

Худякова Ю.Ю. Феноменологические и эмпирические особенности агрессивности больных нервной анорексией (клинический случай) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 131–140.

В статье описаны особенности агрессивности больных нервной анорексией на примере клинического случая. Были выявлены особенности агрессивности больной нервной анорексией на различных уровнях организации индивидуальности. Выявлено преобладание дефицитарной агрессии. На социально-психологическом уровне агрессивные

импульсы подавляются, переживаются в виде повышенного напряжения, страха, проявляются в форме чувства вины.

Ключевые слова: нервная анорексия, агрессивность, симбиоз.

Захарова А.Н. Междисциплинарная проблема качества жизни в контексте современных научных исследований // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 141–160.

Статья посвящена анализу исследовательских подходов к изучению качества жизни. Качество жизни рассматривается как междисциплинарная проблема в контексте современных научных исследований в области экономики, педагогики, медицины, психологии. Освещаются наиболее часто предлагаемые критерии качества жизни, диагностические подходы. Делается вывод, что особое внимание в исследовании качества жизни должно уделяться его психологическим показателям, социально- и клиничко-психологическим аспектам качества жизни.

Ключевые слова: качество жизни, психология, отношение к здоровью, социально-психологическое благополучие, исследовательские подходы.

О Пленуме Правления РОП в Самаре // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 161–165.

Содержится информация о прошедшем в сентябре 2013 года в Самаре совместно с Всероссийской научно-практической конференцией "Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии" Пленуме Правления Российского общества психиатров.

Ключевые слова: Российское общество психиатров, конференция, пленум правления, Самара.

О проведении в Санкт-Петербурге Всероссийской научно-практической конференции // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2014. № 10. С. 166–167.

Сообщение о проведении в Санкт-Петербурге ключевого события Российского общества психиатров 2014 года – Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность?". В рамках конференции проводится заседание Президиума Правления Российского общества психиатров и XVII Всемирный конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии.

Ключевые слова: Российское общество психиатров, пленум правления, конференция, Санкт-Петербург.

ЏАК НОМЕР РЕФЕРАЧЁСЕМ

Станько Э.П., Игумнов С.А. Тёрлэ ВИЧ-статуслă тата опиум серепине лекнэ пациентсен пурнăç пахалăхэ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2014. № 10. С. 8–13.

Тёрлэ ВИЧ-статуслă, опиум наркоманиллэ пациентсен социаллă функцийёсем тата ўт-пўпеле психика компонентёсем пёчёк шайра пулнине палăртнă. Џавăн пекех тёрлэ ВИЧ-статуслă наркомансен пурнăç пахалăхёпе социаллă ёс-хёльне те тишкернэ, субъективлă (SF-36) тата объективлă (СФ) тёпчев карчёсен параметрёсем пёр-пёринпе тўрремён сыхăннине палăртнă.

Тёп сăмахсем: опиум серепи (наркомани), ВИЧ, пурнăç пахалăхэ.

Крылов В.И., Бутылин Д.Ю. Психика ёсё-хёлёнче туйăмпа кăмăл ҫирёплёхэ пăсăлни – йўтетмёш улăшёвёсем аталанса кайнин никёсё // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2014. № 10. С. 14–20.

Психика ёсё-хёлёнче туйăмпа кăмăл ҫирёплёхэ пăсăлни ўлём йўтетмёш улăшăвёсем аталанса каймалли никёс пулса тăярать. Уйрăмтăран патологи аффекчёсем суя когнитивлă курăм йёркеленсе каясси патне илсе пырасчё, вёсем йўтетмёш улăшусен никёсё пулса тăрасчё. Психотерапи ёсё – ҫав уйрăмтăран патологи аффекчёсемпе тёп туйăмсене шыраса тупса, ҫирёпланнэ суя когнитив палăртăвёсене уйăрса – чирлекен сынăнне туйăмёпе кăмăл ҫирёплёхне йёркене кёртесси.

Тёп сăмахсем: обсессипе фоби улăшăвёсем, нумайăшлă йўтетмёш, суя когнитив курăмёсем, туйăмпа кăмăл ҫирёплёхэ.

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Тёрлэ типлă акцентуацисемлэ ҫамрăксен социаллă фрустраци лару-тăрăвёнче палăракан агрессивлăх палăрăмёсен уйрăмлăхёсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2014. № 10. С. 21–30.

Куҫам тапхăрёнчи ҫамрăксем социаллă фрустрацине ҫамăллăнах лекме пултарнине шута илсе, техникумра вёренекен ачасен агрессивлăхэ харкам тыткаларăшпа тата вёсен туйăмёпе, кăмăл ҫирёплёхёпе ҫирёп сыхăннине тёпченё. Куҫам тапхăрёнчи ҫамрăксен социаллă фрустраци пысăк пулнă чухне вёсем канăсчăртаррах, агрессивлăрах, хутшăнура сивлекрех пулни палăрнă. Туйăмсене

йёркене кёртме пултасла́хпа хайсене алра тытас кáмáл çирёплёхё вёсен начар. Кáмáлáн акцентуаци типне кура, фрустраци лару-тáрáвё сиксе тухсан, çамрáксем агрисивлá тыткаларáшё тёрлёрен пулма пултарасть.

Тёп сáмахсем: агрессивлáх, çамрáксен агрессивлá тыткаларáшё, сивлеклёх, социаллá фрустраци, кáмáл акцентуацийё.

Сидорова А.В., Иванова И.С., Судякова М.Ю., Андреева А.П. Аслá классенче вёренекенсем психика чирёпе чирлекенсене сивлесе йышáннин сáлтавёсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарçи]. 2014. № 10. С. 31–37.

Чáваш Енри ялсемпе хуласенче 9-11 классенче вёренекен 544 школ ачинчен (230 – арçын ача, 314 – хёр ача) психика чирёпе аптракан çынсене вёсем епле йышáнни пирки ыйтса пёлнё. Пётёмёшле пёлý паракан учрежденисенче вёренекенсем çакнашкал чирлё çынсене сивлесе те асáрханса йышáннине палáртнá (57 % интолерантлá хурав пулнá). Тёрлё классенче вёренекен школ ачисен хаклав виçин сáлтавёсем хушшинче питё ёнентеру́ллё уйрáмлáхсем тупнá. Ёснёсемён ачасем психикапа чирлё çынсене ытларах кураçсё те вёсене чáтáмлáрах йышáнаçсё. Хулара çамрáксем психика чирёпе аптракан çынсене тёл пулсан хайсене аванах туйман-мён, ялти школ ачисенчен ытларахáшё вара кунашкал чирлё çынсене халáхран уйрáм усрамалла тесе те шутлаçсё. Психика чирёпе аптракан çын сáнарё ачасемшён агрессивлáхпа, хáрушлáхпа, кётменлёхпе сыхáннá пек туйáнат. Тепёр енчен, çакнашкал хак пани те пулнá: кунашкал чирлё çын имшер, хай тёллён кирлё йышáнусем тáваймасть, áна асáрхаса-пáхса тáмалла.

Тёп сáмахсем: сивлесе йышáнни, психика чирёпе аптракан этем, аслá классенче вёренекенсем, Чáваш Ен.

Велиева С.В. Кёçён сұлхи ачасен психика тáрáмёпе сёмьери хутшáнусене диагностикáлани // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чáваш хыпарçи]. 2014. № 10. С. 38–59.

Статьяра ачапа ашшё-амáшё хушшинчи хутшáнусене тёпчекен меслетсене пáхса тухнá. Диагноз лартнá чухне тёссен ассоциацийё еплерех пулáшма пултарассине сýтсе явнá. Кёçён сұлхи ачасен психика тáрáмёпе туйáм компонентёсене диагноз лартмалли меслет сённё.

Тёп сáмахсем: ачапа ашшё-амáшё хушшинчи хутшáнусем, кёçён сұлхи ачасем, психика тáрáмёсем, диагностика меслечёсем.

Башмакова О.В. Медик-студентсем психиатрипе психотерапи ҫине мёнле пӑхнин биопсихосоциаллӑ тытӑмӗ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2014. № 10. С. 60–65.

Психиатрипе психотерапи ҫине мёнле пӑхнине тӗпчесе пӗлес тӗллевпе медицина факультетӗнче V курсра вӗренекен 82 студентран вӑрттӑн ыйтса пӗлнӗ (анкетӑри ыйтусем ҫурмаструктурӑланӑ хапаллӑ пулнӑ). Психиатрипе психотерапине пӗр енлӗ ҫеҫ йышӑнманни палӑрнӑ: ҫакӑ дисциплинӑсемпе кӑсӑкланнӑ маях студентсем хӑйсене шалта канӑҫсӑр туйнӑ. Канӑҫсӑрлӑхӗ – психопатологи пулӑмӗсене йышӑнни пурнӑҫӑн биопсихосоциаллӑ тытӑмӗнчен нумай килнӗ.

Тӗп сӑмахсем: психиатри, психотерапи, студентсем, туйӑм канӑҫсӑрлӑхӗ.

Калинина Е.В. Психиатри тухтӑрӗ патне пӗрремӗш хут каясси ҫине витӗм кӑрекен сӑлтавсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2014. № 10. С. 66–72.

Ку тӗпчев ӗҫӗнче психика улӑшӑвӗсене иртерех тупса палӑртас та та психиатр патне каясси ҫине витӗм кӑрекен сӑлтавсене асӑрхас ыйтусене пӑхса тухнӑ. Ҫакӑ паллӑ пулнӑ: психиатр патне пӗрремӗш хут каякансен шутӗнче 49,6 % вӑй питти ҫынсем иккен, 25,5 % – вун сакӑр ҫула ҫитмен ачасем, 24,9 % – пенси ҫулӗнчи ҫынсем. Психиатр патне каймалли сӑлтавсем социодемографипе, клиникӑпа, йӗркелӗвпе, информაციпе ҫыхӑннисем ҫине уйрӑлаҫҫӗ.

Тӗп сӑмахсем: психика улӑшӑвӗсем, психиатр патне пӗрремӗш хут кайни, психиатри служби.

Миназов Р.Д. Наркотик серепине лекнӗ ҫынсене реабилитациленӗ чухне психотерапире психодрама меслечӗпе усӑ курни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2014. № 10. С. 73–90.

71 ӗслӑлӑх ӗҫне тишкерсе, наркотик серепине лекнӗ ҫынсене реабилитациленӗ чухне психодрама меслечӗпе тухӑҫлӑ усӑ курма май пуррине тӗплӗн ҫырса кӑтартнӑ. Психодрама терапийӗн тӗп задачисене, унӑн тапхӑр хаписене, терапи сӑлтавӗсене тата психодрама психотерапин урӑх меслечӗсемпе- курӑмӑсемпе епле шайлашӑнса тӑнине пӑхса тухнӑ. Интеграци курӑмӗн вӑйлӑ енӗсене, психодрама тухӑҫлӑхӗн хаклав виҫисене тӗпченӗ – тӗпчев ирттернӗ чухне наркологи практикин уйрӑмлӑхӗсене те шута илнӗ. Наркотик серепине лекнӗ ҫынна

реабилитациленё чухне психодрама меслечё мёншён тухăçлă пулнине ёненгернё.

Тёп сăмахсем: психодрама, психотерапи, реабилитаци, наркологи, наркотик серепине лекнисем, тухăçлăх.

Колотильщикова Е.А. Невроз улăшăвёсен психологи диагностика // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2014. № 10. С. 91–108.

Невроз улăшăвёсемпе аптракан чирлё ҫынсене психодиагностика тёпчевё ирттерни пирки ҫырнă аслăлăх ёҫёсене хак пани пур кунта: чирлё ҫынсен харпăрлăх тытамне тёпченё, вёсем усă куракан психологилле хўтёлевён механизмёсемпе копинг-стратегисене тишкернё, фрустраци хирёҫлевён уйрăмлăхёсене те пăхса тухнă. Ҫын хутшăнăвёсен тытамне тёпчинин пётёмлетёвёсене тата тёрёслев локусне уҫса панă (кунта юлашки вунăҫуллăхри аталанăва та шута илнё). Невроз улăшăвёсемпе аптракан чирлё ҫынсен ас-хакъл ёҫне-хёлне тёпчесе хак панă аслăлăх статийсене пăхса тухнă.

Тёп сăмахсем: невроз улăшăвёсем, ҫын, психологилле хўтёлев, копинг, фрустраци, хайне хаклани, ас-хакъл.

Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Чёрепе юн-тымар чирёсен психосоциаллă теветкеллёхёсемпе ресурсёсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2014. № 10. С. 109–130.

Паянхи психологипе медицина литературинче кăтартнă питё вайлă патологи пур ҫыннăн психосоциаллă ресурсёсене тёпчинин калăпăшё, теветкеллёх факторёсене тёпчессине тимлекен аслăлăх ёҫёсемпе танлаштарсасăн, самай сахал. Ҫакă въл питё вайлă чирлекенсене сыватнă е профилактика ирттернё чухнехи тапхърта ресурс компонентёсен пёлтерёшне хакласах ҫитерейменнине кăтартса парать. Ҫыннăн психологи ресурсёсене ҫапла пайлама пулать: интерперсоналлă ресурс (стресчăтăмлăх, пурнас хаваллăх, психологи хўтёлёхёсем, копинг, ёненў т. ёт. те) тата интерперсоналлă (социаллă пулăшу, социаллă ҫыхăнусем, ҫемьешён тăрашни т. ёт. те).

Тёп сăмахсем: чёрепе юн-тымар чирёсем, теветкелёх факторёсем, психосоциаллă ресурсем, ҫын, стресс, аффективлă хушă, социаллă пулăшу, Тура ёнени.

Худякова Ю.Ю. Нерва анорексийёпе чирлӗ сынсен агрессивлӑх феноменологийӗн эмпирика уйрӑмлӑхӗсем (клиника тӗслӗхӗ) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҗи]. 2014. № 10. С. 131–140.

Статьяра – клиника тӗслӗхӗ җине таянса – анорексипе чирлӗ сынсен агрессивлӑх уйрӑмлӑхӗсене җырса кӑтартнӑ. Нерва анорексийёпе чирлекенӗн харпӑрлӑх йӗркеленӗвӗн тӗрлӗ шайӗнчи агрессивлӑх уйрӑмлӑхӗсене тупса палӑртнӑ пулнӑ. Дефицитарлӑ агрес-си нумайрах пулнине палӑртнӑ. Социаллӑ психологи шайӗнче агрессивлӑх импульсӗсем пусарӑнаҗҗӗ, пӑшӑрханупа хӑрав туйӑмӗ ӗсет, чирлӗ җын хайне айӑплӑ туять.

Тӗп сӑмахсем: нерва анорексийӗ, агрессивлӑх, симбиоз.

Захарова А.Н. Пурнӑҗ пахалӑхне тӗрлӗ дисциплинӑсем хуш-шинчи проблема пек пӑхни – паянхи ӗслӑлӑх тӗпчевӗсен контекстӗнче // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҗи]. 2014. № 10. С. 141–160.

Статьяна пурнӑҗ пахалӑхне тӗпчекен меслетсене тишкернине халалланӑ. Пурнӑҗ пахалӑхне тӗрлӗ дисциплинӑсем хушшинчи про-блема пек – экономика, педагогика, медицина, психологи талкӑшӗнче ирттерекен паянхи тӗпчевсен контекстӗнче – пӑхнӑ. Пуринчен те тӑтӑшрах тӗл пулакан пурнӑҗ пахалӑхӗн виҗисене, диагностика меслечӗсене җутатса панӑ. Уйрӑмах, пурнӑҗ пахалӑхне тӗпченӗ чух субӗктивлӑ куҗпа пӑхнине мала кӑларнӑ. Пурнӑҗ пахалӑхне тӗпченӗ чухне психологи кӑтартӑвӗсене шута илмелли пирки, социаллӑ ыйту-семпе психологи тата клиникӑпа психологи аспекчӗсем җине ытларах пӑхмалли пирки пӗтӗмлетӗ тунӑ.

Тӗп сӑмахсем: пурнӑҗ пахалӑхӗ, психологи, җывлӑха тимлени, социаллӑ психологи тӑнӑҗлӑхӗ, тӗпчев меслечӗсем.

Раҗҗей психиатрӗсен пӗрлешӗвӗ Самарӑра ирттернӗ прав-лени пленумӗ пирки // Вестник психиатрии и психологии Чу-вашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҗи]. 2014. № 10. С. 161–165.

Раҗҗейри психиатрсен пӗрлешӗвӗ 2013 җулта Самарӑра ирттернӗ Правлени Пленумӗ пирки информаци панӑ. Вӑл пленума Пӗтӗм Раҗҗейри "Трансляцилле медицина – паянхи психиатрин инновацилле аталану мелӗ" ятлӑ наукапа практика конференцийёпе пӗрле ирттернӗ.

Тӗп сӑмахсем: Раҗҗейри психиатрсен пӗрлешӗвӗ, конференци, Правлени Пленумӗ, Самара.

Санкт-Петербургга пѣтѣм Раѣсейри наукапа практика конференцийѣ ирттерни пирки // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарси]. 2014. № 10. С. 166–167.

Пѣтѣм Раѣсейри психиатрсен пѣрлешѣвѣ 2014 ѣулта Санкт-Петербургга ирттернѣ событи пирки каланă: Пѣтѣм Раѣсейри наукапа практика конференцийѣ "Психика улашăвѣсем тата вѣсене сиплес ѣври тѣрлѣ дисциплинасем хушшинчи меслетсем: миф е чăнлăх?" ятпа иртнѣ, кунта ют ѣршыв психиатрѣсем те хутшăннă. Конференци шайѣнче Раѣсейри психиатрсен пѣрлешѣвѣн Правлени Президиумѣн тата Пѣтѣм тѣнчери динамикăлла психиатри ассоциацийѣн Пѣтѣм тѣнчери XVII конгрессѣ иртнѣ.

Тѣп сăмахсем: Раѣсейри психиатрсен пѣрлешѣвѣ, правлени пленумѣ, конференци, Санкт-Петербург.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Stanko E.P., Igumov S.A. Quality of life in patients with opioid addiction and various HIV status // "Vestnik psikhii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 8–13.

Low level of social functioning, physical and psychological components of health in patients with opioid addiction and different HIV status is defined. Direct and inverse influence between parameters of subjective (SF-36) and objective (SF) scales of quality of life and social functioning of opioid addicted patients with different HIV status are also found.

Keywords: opioid addiction, HIV, quality of life.

Krylov V.I., Butylin D.Yu. Disturbances of emotional and volitional regulation of mental activity as basis for obsessive disorders development // "Vestnik psikhii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 14–20.

Disturbances of emotional and volitional regulation of mental activity are basis for obsessive disorders development. Beginning of disparate pathological affects leads to formation of false cognitive representations that become the basis for obsessive disorders. Psychotherapeutic work is aimed at restoring emotional and volitional regulation by identifying disparate pathological affects, basic emotions and false cognitive systems.

Keywords: obsessive-phobic disorders, multiple obsessions, false cognitive systems, emotional and volitional regulation.

Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Specific features of aggression signs in adolescents with different types of accentuation in context of social frustration // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 21–30.

The study results of interrelation between aggressive behavior and personality, emotional and volitional characteristics in college students in terms of the degree of adolescents' exposure to social frustration are presented. It is revealed that in circumstances of high social frustration adolescents are more anxious, aggressive and hostile in relations with others. They have low ability to regulate their emotional state and volitional behavior. In a frustration situation adolescents with consideration for the type of their accentuation tend to manifest different forms of aggressive behavior.

Keywords: aggression, aggressive behavior in adolescents, hostility, social frustration, accentuation of character.

Sidorova A.V., Ivanova I.S., Sudyakova M.Yu., Andreeva A.P. Factors of mental patients' stigmatization by senior schoolchildren // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 31–37.

Poll of 544 students of 9-11 grades (230 boys and 314 girls) of rural and urban schools and colleges of Chuvashia showed generally negative attitude towards mentally ill people (57 % of intolerant responses). Highly significant differences were obtained for several factors of the scale in students of different classes. Meeting more mentally ill people they become more tolerant towards them; urban students are more likely to experience discomfort. Rural students tend to social isolation of such people. The image of a patient with mental disorder is associated with aggression, danger, unpredictability; this image also includes such characteristics as "weak, in need for monitoring and care, unable to make his/her own decisions".

Keywords: stigmatization, mental patients, senior students, Chuvashia.

Veliyeva S.V. Diagnostics of psychic states and family relations in preschool children // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 38–59.

The review of techniques of child-parental relations diagnostics is presented. Diagnostic potential of color associative technics are discussed in this context. The technique of diagnostics of psychic states and emotional components of family relations in preschool children is proposed.

Keywords: child-parental relations, preschool children, psychic states, diagnostic techniques.

Bashmakova O.V. Biopsychosocial structure of medical students' attitude to psychiatry and psychotherapy // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 60–65.

Eighty two medical students were examined by special questionnaires to elicit their attitude to psychiatry and psychotherapy. There was ambiguous attitude to these disciplines: combination of interest with emotional tension that is connected with biopsychosocial structure of psychopathology perception.

Keywords: psychiatry, psychotherapy, students, emotional tension.

Kalinina E.V. Factors influencing patients' first visit to psychiatrist // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 66–72.

The work deals with the early detection of mental disorders and identifying factors that influence patients' first visit to psychiatrist. It is revealed that 49.6 % of the first references to psychiatrist are typical for employable age, 25.5 % – for children aged up to 18 years and 24.9 – for the retirement age. Reasons for the first visit to psychiatrist are divided into demographic, clinical, organizational and informational.

Keywords: mental disorders, primary ambulation to psychiatrist, psychiatric service.

Minazov R.D. Psychodrama as a psychotherapy method in drug addicts rehabilitation // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 73–90.

On the basis of analysis of 71 scientific sources detailed description of psychodrama as a psychotherapeutic method of drug addicts' rehabilitation is described in details. Main problems of psychodrama therapy, its forms and phases, therapeutic factors, issues of psychodrama combination with other methods and approaches of psychotherapy are considered. Possibilities of integrative approach, criteria of psychodrama's efficiency including special characteristics of addiction medicine practice are studied. The advantages of psychodrama use in drug addicts rehabilitation are justified.

Keywords: psychodrama, psychotherapy, rehabilitation, narcology, drug addicts, efficiency.

Kolotilshikova E.A. Psychological diagnostics of neurotic disorders // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 91–108.

The review presents analysis of scientific papers devoted to psychological diagnostics of patients with neurotic disorders. Neurotic patients' personality structure, their psychological defenses, coping strategies and responses to frustration are studied. The results of the study of personality system of relations, locus of control including their dynamic changes in past decades are described. Papers on specificity of intellectual activity in patients with neurotic disorders are viewed.

Keywords: neurotic disorders, personality, psychological defenses, coping, frustration, self-attitude, intelligence.

Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Psychosocial risks and resources in cardiovascular diseases // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 109–130.

There are much more scientific studies of psychosocial resources in cardiac patients presented in modern psychological and medical literature than studies of risk factors that reflect a clear underestimation of the role of resource component in treatment and prevention of cardiac pathology. The described psychological personality resources can be divided into intrapersonal (stress tolerance, hardiness, psychological defenses, coping, faith etc.) and interpersonal (social support, social contacts, caring for the family etc.).

Keywords: cardiovascular disease, risk factors, psychosocial resources, personality, stress, affective sphere, social support, religiosity.

Khudiakova Yu.Yu. Phenomenological and empirical characteristics of aggressiveness in patients with anorexia nervosa (clinical case) // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 131–140.

The article describes characteristics of aggressiveness in patient with anorexia nervosa in form of clinical case. Characteristics of the patient's aggressiveness were identified at various levels of the individual organization. Predominance of aggression deficiency was revealed. This deficit takes the form of aggressive impulses suppression, experience of high tension, fear and feeling of guilt.

Keywords: anorexia nervosa, aggressiveness, symbiosis.

Zakharova A.N. Quality of life as interdisciplinary problem in context of current research // "Vestnik psikiatrii i psikhologii

Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 141–160.

This article analyzes the research approaches to the study of quality of life. The author examines the quality of life as an interdisciplinary problem in context of current research in the field of economics, education, medicine, psychology. The article highlights the most frequently proposed criteria of quality of life, existing diagnostic approaches. The author concludes that the emphasis in the study of quality of life should be given to its psychological parameters, socio-psychological, clinical-psychological aspects of quality of life.

Keywords: quality of life, psychology, attitude to health, social and psychological well-being, research approaches.

Results of the Russian Psychiatric Society plenary meeting in Samara // "Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 161–165.

Information about Plenum of the Board of the Russian Society of Psychiatrists that took place in September 2013 in Samara during the "Translational medicine – an innovative way of development of modern psychiatry" All-Russian scientific and practical conference.

Keywords: Russian Society of Psychiatrists, conference, plenum of the Board, Samara.

Russian scientific and practical conference in St. Petersburg // "Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N. 10. P. 166–167.

Information on the key event of the Russian Society of Psychiatrists that is to be in St. Petersburg in 2014. It is All-Russian scientific and practical conference with international participation "Interdisciplinary approach to mental disorders and their treatment: myth or reality?". Within the conference a meeting of the Presidium of the Russian Society of Psychiatrists and the XVII World Congress of the World Association of Dynamic Psychiatry is planned.

Keywords: Russian Society of Psychiatrists, plenum of the Board, conference, St. Petersburg.

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 сáмахё 6

ЏИВЁЧ ЫЙТУСЕМ

Э.П. Станько, С.А. Игумнов

Тёрлө ВИЧ-статусла тата опиум серепине
лекнё пациентсен пурнаё пахалáхё 8

В.И. Крылов, Д.Ю. Бутылин

Психика ёё-хёлёнче туйáмпа кáмáл ёирёплёхё
пáсáлни – йúтетмёш улáшёвёсем аталанса кайнин никёсё 14

АЧАСЕМПЕ КУЏÁМ ТАПХÁРЁНЧИ ЏАМРАКСЕН ПСИХИКА СЫВЛАХЁ

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

Тёрлө типла акцентуацисемлё ёамраксен
социалла фрустраци лару-тáрáвёнче палáракан
агрессивлáх палáрáмёсен уйрáмлáхёсем 21

А.В. Сидорова, И.С. Иванова, М.Ю. Судякова, А.П. Андреева

Асла классенче вёренекенсем психика чирёпе
чирлекенсене сивлесе йышáннин сáлтавёсем 31

С.В. Велиева

Кёсён ёулхи ачасен психика тáрáмёпе
ёемьери хутшáнусене диагностикáлани 38

ПСИХОТЕРАПИПЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

О.В. Башмакова

Медик-студентсем психиатрипе психотерапи
ёине мёнке пáхнин биопсихосоциалла тытáмё 60

Е.В. Калинина

Психиатри тухтáрё патне пёрремёш хут
каясси ёине витём кúрекен сáлтавсем 66

Р.Д. Миназов

Наркотик серепине лекнё ҫынсене реабилитациленё
чухне психотерапире психодрама меслечёпе уса курни73

КЛИНИКА ПСИХОЛОГИЙ

Е.А. Колотильщикова

Невроз улашаёсен психологи диагностики91

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

Чёрепе юн-тымар чирёсен психосоциалла
теветкеллехёсемпе ресурсёсем109

Ю.Ю. Худякова

Нерва анорексийёпе чирлө
ҫынсен агрессивлах феноменологийён
эмпирика уйрамлахёсем (*клиника тёслехё*)131

КУЛЬТУРАСЕН ТЁЛПУЛАВЁ

А.Н. Захарова

Пурнаҫ пахалахне тёрлө дисциплинасем
хушшинчи проблема пек пахни – паянхи
аьслалах тёпчевёсен контекстенче141

ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ

Раҫсей психиатрёсен пёрлешёвё
Самарара ирттернё правлени пленумё пирки161
Раҫсейри наукапа практика конференцийё ирттерни пирки ...166

Ҫак номер реферачесём
(*вырйсла, чывашла тата акылчанла*)168

Авторсене пёлсе тама183

CONTENTS

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

ORIGINAL STUDIES

E.P. Stanko, S.A. Igumnov

Quality of life in patients with opioid addiction and various HIV status	8
---	---

V.I. Krylov, D.Yu. Butylin

Disturbances of emotional and volitional regulation of mental activity as basis for obsessive disorders development	14
---	----

MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

E.Yu. Lazareva, E.L. Nikolaev

Specific features of aggression signs in adolescents with different types of accentuation in context of social frustration	21
--	----

A.V. Sidorova, I.S. Ivanova, M.Yu. Sudyakova, A.P. Andreeva

Factors of mental patients' stigmatization by senior schoolchildren	31
--	----

S.V. Veliyeva

Diagnostics of psychic states and family relations in preschool children	38
---	----

PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION

O.V. Bashmakova

Biopsychosocial structure of medical students' attitude to psychiatry and psychotherapy	60
--	----

E.V. Kalinina

Factors influencing patients' first reference to psychiatrist	66
---	----

<i>R.D. Minazov</i> Psychodrama as psychotherapy method in drug addicts rehabilitation	73
--	----

CLINICAL PSYCHOLOGY

<i>E.A. Kolotilschikova</i> Psychological diagnostics of neurotic disorders	91
<i>E.L. Nikolaev, E.Yu. Lazareva</i> Psychosocial risks and resources in cardiovascular diseases	109
<i>Yu.Yu. Khudiakova</i> Phenomenological and empirical characteristics of aggression in patients with anorexia nervosa (<i>clinical case</i>)	131

CROSSROADS OF CULTURES

<i>A.N. Zakharova</i> Quality of life as interdisciplinary problem in context of current research	141
---	-----

NAMES AND EVENTS

Results of the Russian Psychiatric Society plenary meeting in Samara	161
Russian scientific and practical conference in St. Petersburg	166
Abstracts of the current issue (<i>in Russian, Chuvash and English</i>)	168
Instructions to authors	183

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

№ 10
2014

Подписано в печать 14.07.2014. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 11,75. Тираж 100 экз. Заказ № 372.

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

**XVII ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС
ВСЕМИРНОЙ АССОЦИАЦИИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

**Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ
И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ:
МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?**

Санкт-Петербург, 14-17 мая 2014 г.



**XVII WORLD CONGRESS
OF THE WORLD ASSOCIATION FOR DYNAMIC PSYCHIATRY**

**Russian Scientific and Practical Conference with International Participation
MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO AND TREATMENT
OF MENTAL DISORDERS: MYTH OR REALITY?**

St. Petersburg, May 14-17